



UNR Universidad
Nacional de Rosario



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE
SALUD.**

COHORTE DEL VALLE -CHUBUT - 2018.

**“Producción de información para la elaboración de un protocolo de
prevención de aparición de lesión por presión en el proceso de
atención y cuidados en pacientes de la clínica San Miguel de Trelew,
Chubut. Durante 2020.”**

**Maestranda: Jucelia Maria Gheno Donatti
Directora: Mgter. María Natalia Echevoyemberry**

Trelew 25/08/ 2021.



UNR Universidad
Nacional de Rosario



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud

CEI CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS

Agradecimientos:

Quiero agradecer a Dios por la vida y por esta oportunidad de empezar a desencadenar procesos.

A mi familia, amigos y compañeros que me ayudaron de distintas maneras a cumplir con este trabajo.

De modo especial a la directora del trabajo final Natalia Echegoyemberry, que por su acompañamiento, orientación y principalmente por su calidez humana en ayudar a lograr este objetivo.

“No se trata de fijar normas sino de desencadenar procesos”.

(Testa, 2010).



Índice

1- Introducción	6
2- Descripción del Sistema de Salud y el contexto Institucional.	7
2.1- Contexto Institucional.	9
3- Situación problema	13
3.1- Resultados del cuestionario realizado a los pacientes internados.	16
4- Marco teórico:	20
4.1.- Comprendiendo qué es la lesión por Presión	20
4.2 - Clasificación de las úlceras por presión.	20
4.3 - Escala de valoración de riesgo de lesión por presión.	21
4.4 - Escala de Braden	22
4.5 - Proceso de atención	26
4.6- Estandarización de procesos	30
4.7- Tipos de documento	31
4.8 -Cuidado	32
4.9- Enfermería versos Cuidados.	34
6 - Fundamentación y justificación que aporte se espera realizar para la gestión del problema.	40
7 - Objetivos	42
7.1- Objetivo general:	42
7.2- Objetivos específicos:	42
8 -Metodología	43
8.1- Justificación de las técnicas a utilizar	43
9- Resultados:	49
9.1- Resultados en relación al Objetivo 1	49
9.2- Resultados en relación al Objetivo 2	58
9.3- Obstáculos	58
9.4- Facilitadores	59
9.5 Resultados en relación al Objetivo 3	61
10- Recomendaciones y aportes para la gestión.	66

	4
12.-Bibliografía	70
13 - Anexos	76
Anexo 13.1 - Encuesta a pacientes internados.	76
Anexo 13. 2 - Cuestionario para conocer el manejo de las lesiones por presión.	78
Anexo 13.3 - Registro observación participante	80
Anexo 13. 4- Entrevista.	88
Anexo 13. 5- Consentimiento Informado	88
Anexo 13. 6- Respuesta de la entrevista.	91
Anexos 13. 7- Fotográficos.	102
Anexo 13.8- Protocolo	103

Resumen

La falta de cuidados o de procesos y procedimientos normalizados afectan la salud de las personas que están internadas con movilidad reducida producto de secuelas. Este trabajo tiene por objetivo producir información para la elaboración de un protocolo de prevención de aparición de lesión por presión en el proceso de atención y cuidados en pacientes de la Clínica San Miguel, Trelew - Chubut, durante 2020. Además, se identifican los obstáculos que impiden la correcta aplicación de medidas y programas de prevención de lesión por presión y los facilitadores del proceso de cuidado desde la perspectiva del personal de salud. A partir de la información obtenida, se elaboró un protocolo que se ha consensuado y validado de manera participativa con el personal de salud de la organización. Se realizó un estudio de caso, de diseño cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo. Se realizaron entrevistas. Se llevó un Registro de Observación Participante, un registro fotográfico y se revisaron historias clínicas de los pacientes internados en la clínica. Las variables cualitativas se analizaron de acuerdo al método de análisis temático, mientras que para las cuantitativas se utilizaron herramientas de las estadística descriptivas.

El trabajo aporta una propuesta de intervención a nivel local que permite aportar una mejora concreta en el proceso de atención y cuidado, y por lo tanto, contribuye a la calidad de atención que recibe el paciente.

Palabras claves: lesión por presión; proceso de atención; cuidados en enfermería; protocolos participativos.

1- Introducción

Este trabajo busca la construcción de evidencias e información para la gestión en salud a través de un análisis a los pacientes que están internados para ayudar a prevenir las lesiones por presión a través de la elaboración de un protocolo en el proceso de atención y cuidados en enfermería, ya que las lesiones por presión serían una enfermedad secundaria a su enfermedad de base. El 95% de las úlceras son prevenibles (Hernández et. al., 2017).

Esta patología tiene un alto índice de morbilidad y mortalidad, que impide una mejor calidad de vida. Además es de gran impacto económico para el Sistema de Salud.

Se recolectaron datos en una Clínica Privada, en el sector de Rehabilitación, haciendo un análisis de los determinantes sociales.

El énfasis está puesto en conocer el manejo de los cuidados de la lesión por presión (LPP) en el efector y detectar los obstáculos que impiden los correctos cuidados.

Con este trabajo se espera gestionar un protocolo que ayude a prevenir las lesiones por presión brindando cuidado para el individuo y su entorno familiar. Esta acción intentaría evitar la aparición de lesión por presión en internación y ayudar a que el paciente, después de haber tenido el alta sanatorial no adquiera la lesión en su domicilio.

Para esto se tendrá presente el proceso de atención que es el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados de acuerdo a las necesidades y problemas de salud del paciente.

A través de acciones conjuntas, que permitirá coordinar, desde la gestión y de los servicios, para brindar una respuesta a los problemas de salud que requiere el paciente, a través de la integración de los servicios de salud para que sean continuos en la prevención, en el cuidado y en la rehabilitación para superar los servicios fragmentados.

2- Descripción del Sistema de Salud y el contexto Institucional.

El Sistema de Salud es un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales que son: las poblaciones y las instituciones. Involucran un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos particulares (Tobar, 2000).

Sobre esos surgen acciones que establecen flujos de servicios de salud y de recursos financieros, físicos y humanos. Se puede decir en una primera instancia que los actores son: población que asume el rol de usuarios o beneficiarios del sistema y de contribuyentes o aportantes para su financiación (Tobar, 2000).

La mayoría de los países de América Latina, como Argentina, presentan tres subsistemas: Público, Privado y Seguridad Social.

En la provincia de Chubut, ciudad de Trelew, el Sistema de Salud está conformado por el subsistema de Salud Pública, de Salud Privada y de Seguridad Social.

En el Sistema Público es el Estado, el que financia la atención en los hospitales públicos. A partir de 1955 hasta 1970 se determina que la Salud Pública debía considerarse una función provincial, entonces la Nación delegó a las provincias la responsabilidad de los hospitales (Rovere, 2016).

En el Hospital Regional de Trelew, el primer nivel de atención es a través de la Atención Primaria de la Salud (CAPS). También brinda atención a través de los consultorios externos para distintas especialidades. En el segundo nivel, la internación para tratamiento o cirugía. En el tercer nivel se brinda la única guardia de emergencia en accidentes en rutas y otros. Además es el único que tiene una terapia infantil además de la terapia de adultos.

El Sistema Público abarca a todos los usuarios que no tienen una obra social o no logran pagar una prepaga, ni la atención en consultorios privados (Spinelle, 2010).

La atención para algunas especialidades se demora debido a la falta de recursos humanos y materiales y muchas veces por la mala organización o administración de las políticas de salud (Rovere, 2016).

También concurren muchas personas con Obra Social, principalmente la población de niños, porque es el único establecimiento de salud que tiene guardias pediátricas e internación para tratamiento clínico. Cuando hay una emergencia o un accidente también es el único lugar con complejidad para atender con servicio de ambulancias. Una vez estabilizado el paciente se deriva al sector privado.

A través de la situación mencionada arriba, se ve reflejada la creación del Registro Nacional de los hospitales de autogestión a través del decreto 578/93, donde refiere que las obras sociales, prepagas están obligadas a pagar a los hospitales públicos la atención que requiera sus beneficiarios en dichas instituciones públicas. Se permite a los hospitales de autogestión la administración interna de la utilización de los recursos para crear un incentivo basado en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal (Rovere, 2016).

El subsistema privado en la ciudad está conformado en el segundo nivel de atención por: Maternidad Isis, Instituto Médico del Sur, Sanatorio Trelew, Clínica del Valle, Clínica San Pablo que tiene el segundo nivel de atención. La Clínica San Miguel brinda el segundo y tercer nivel de atención. También hay consultorios privados para las distintas especializaciones, laboratorios, centros de estudios de resonancia, tomografías, ecografía, servicios de radiología, nutricionista y kinesiología.

Los usuarios o población son personas que tienen una Obra Social, una prepaga o que pagan directamente por las distintas especialidades. El cambio de la Ley de las Obras Sociales, permite la libre elección de las mismas a través del decreto 9/93. Como consecuencia disminuyó la cantidad de obras sociales. Según el plan al que pueda acceder será el acceso al atendimento (Bermartino, 2005).

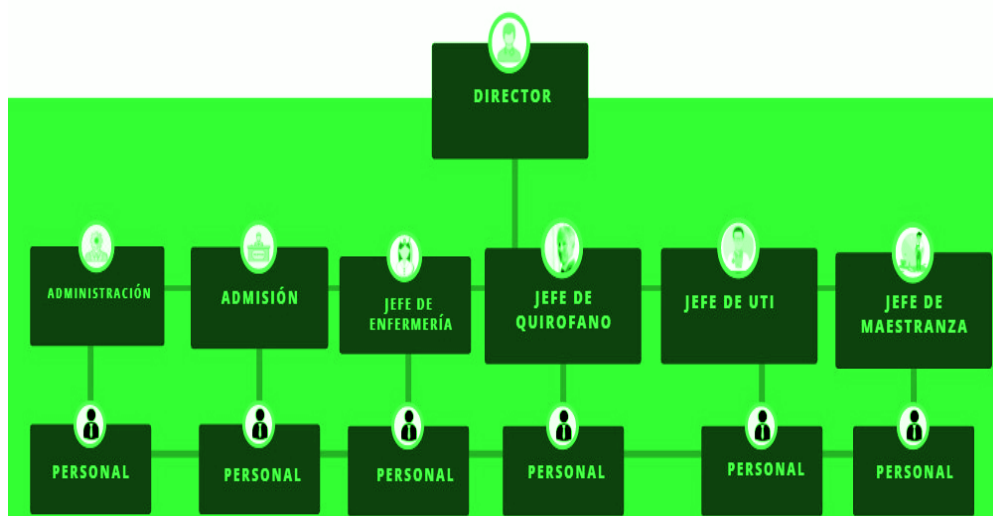
2.1- Contexto Institucional.

La Clínica San Miguel es un establecimiento polivalente que atiende a la población que tiene obras sociales, prepagas, prestadores o particulares. En general la población atendida es de Trelew, aunque también se internan personas de otras localidades como: Comodoro Rivadavia, Río Gallegos, Sierra Grande, Puerto Madryn, Esquel, Río Negro etc.

La institución presta servicio de segundo y tercer nivel donde cumple con las funciones de recuperación, promoción, rehabilitación y prevención.

No consta con una misión o visión escrita y el organigrama está diagramado de la siguiente forma:

Gráfico 1- Organigrama de la Institución



Fuente: Elaboración propia en base a información en la página institucional

La institución consta con 61 camas para internación divididas para tratamiento clínico, maternidad, cirugías de adulto y cirugías pediátricas programadas y rehabilitación. Sus servicios se distribuyen de la siguiente manera:

Planta baja:

- Recepción, Admisión, Dirección.
- Quirófano, guardia médica y de enfermería.
- Sector de rayos y monografía.

Primero piso:

- Hemoterapia, gimnasio para rehabilitación.
- Sector de maternidad con 14 camas.
- Sector de internación de clínica médica con 14 camas.
- Hemodinamia, tomografía y consultorios de cardiología.
- Laboratorio.

Segundo piso:

- Sector de internación para cirugías con 14 camas.
- Sector de rehabilitación con 8 camas.
- Internación pediátrica para cirugías programadas con 5 camas;
- Tiene 6 camas que se utilizan para tratamiento y cirugías.
- Esterilización.
- Cámara hiperbárica.

Tercero piso:

- Cocina.
- Lavadero.
- Unidad de cuidados Intensivos con 15 camas.
- Administración.

La Clínica San Miguel es el único efector en la Provincia que brinda el servicio de internación en rehabilitación en el ámbito privado.

El tratamiento de los pacientes se realiza de manera interdisciplinaria. La atención es brindada por médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psiquiatras, neurólogos, urólogos, médicos clínicos, enfermería y fonoaudiólogos; que realizan las intervenciones necesarias de acuerdo a las condiciones individuales de cada paciente.

Sin embargo, el subsistema de Salud Público, Privado y de Seguridad Social están sufriendo una crisis acorde a la crisis económica y política que transita la provincia y por qué no decir también a nivel nacional afectadas por el alto desempleo que impide el acceso a una Obra Social (Echegoyemberry et. al,2017).

El Subsistema Público no cuenta con recursos humanos y materiales para brindar la atención a toda esa población que a su vez tiene una serie de necesidades de salud que requiere una respuesta.

Hacen falta políticas de salud que ayuden a los distintos subsistemas a dar respuesta a las necesidades emergentes (Cunill,2010).

3- Situación problema

El acto de cuidar tiene como objetivo reducir o eliminar el sufrimiento del paciente, aunque en algunas ocasiones pueden ocurrir eventos adversos asociados al cuidado que se proporciona, siendo definidos como incidentes que ocurren durante la prestación del cuidado de la salud, que no están relacionados con la enfermedad de base determinando daños al paciente, que pueden generar una afectación de la estructura o función corporal y/o algún efecto nocivo, como enfermedad, lesión, incapacidad, o muerte (Garza et. al. , 2017: 48).

Por eso dicho trabajo se enfocará en la prevención de lesiones por presión, ya que constituyen un gran problema de salud al deteriorar la calidad de vida de los pacientes, con una repercusión negativa en sus familias y un incremento en el consumo de recursos y costos en salud (Benaim & Neira, 2017).

Las lesiones por presión son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar en los músculos y tendones y llegan a comprometer al hueso, lo que genera otras complicaciones como infecciones o un shock séptico que pueden ocasionar la muerte del paciente.

Cómo se observó en la Clínica San Miguel, varios casos, pero en especial se citará a dos en particular. En el primer caso, una mujer P.J., de 65 años, sufrió un accidente cerebrovascular, después de 15 días en terapia intensiva es trasladada al servicio de rehabilitación con traqueostomía, sonda nasogástrica para alimentación, sonda vesical parálisis en los miembros inferiores. Presentaba una escara sacra de 1° grado, a los 7 días de la internación la escara presenta 3° grado de evolución, paciente febril, necesitando de una escarectomía y empieza con doble esquema de antibiótico. Tardando el proceso de rehabilitación y extendió el período de internación por un año y 2 meses.

Segundo caso es de paciente B.M 54 años, sufrió un accidente automovilístico, con lesión cervical, que lo dejó cuadripléjico, estuvo internado 9 meses en el servicio de rehabilitación, no había adquirido lesión por presión en el servicio. Se fue de alta de sanatorial. Al mes regresó con

una escara sacra 4° grado, con olor fétido, paciente febril, deshidratado. Se diagnostica paciente con una sepsis generalizada, paciente cursa otra vez un internación prolongada.

En el libro *Base para la Implementación de un Programa de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión*, Benaim & Neira (2017), se menciona que las úlceras por presión han generado un fuerte impacto en el sistema de salud configurando como un problema asistencial y de calidad de vida en los pacientes críticos, gerontes, postrados o con una discapacidad motriz en la república Argentina.

Aún más en esta época de avance tecnológico y progreso acelerado de la medicina, los pacientes con lesiones por presiones presentan una falla grave de parte del sistema de salud, ya que que les supone altos costos, se altera su calidad de vida y complica al tratamiento de la enfermedad por la cual fueron hospitalizados, pudiendo verse impedido su regreso al funcionamiento completo de sus actividades cotidianas (Benaim & Neira, 2017).

Siendo así “el impacto que generan las lesiones por presión son comúnmente la reducción de la calidad de vida, el aumento de los costos en hospitalización y tratamiento, y la imagen proyectada por los profesionales de enfermería, reflejada en la calidad asistencial” (Barrientos & Urbina, Ourcilleón & Pérez, 2005: 13).

La prevalencia de las úlceras por presión a nivel mundial según datos aportados por la OMS (2018), oscila entre 5% y 12%, correspondiendo el 7% a América latina. En países desarrollados, la prevalencia de úlceras por presión fue de 26% en Canadá, en todas las instituciones de salud; en los estados Unidos de 15%, en todos sus hospitales; en Países bajos de 23,1%, en un estudio piloto realizado por la EPUAP la prevalencia global fue del 18,1% con variaciones entre diferentes países (Garza et.al., 2017).

En Australia en el año 2003, se llevó a cabo el estudio PUPPS (del inglés PRESSURE ULCER POINT PREVALENCE SURRY), el cual identificó una prevalencia de 26,5%, es decir uno de cada cuatro pacientes internados

presentaron una úlcera por presión y dos tercios la adquirió luego de la admisión hospitalaria (Benaim & Neira ,2017).

En Argentina se encontró un estudio realizado por el Comité de Expertos Enfermeros en Cuidados de úlceras por presión y heridas de la federación Argentina de Enfermería (CEECUPPYH-FAE) conformado por Etchenique & Saiz (2020). Fue un primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en la República Argentina como punto de partida de nuestra maratón nacional. Con el título, Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en Argentina, 2018.

El primer paso para la maratón nacional de úlcera por presión. Donde participaron 200 profesionales de enfermería que relevaron 37755 encuestas en 22 de las 24 provincias del país. La prevalencia bruta de úlceras por presión fue de 22,55% en pacientes adultos, un 48,3% de los pacientes habían desarrollado úlceras por presión en el nosocomio; el 57% de la muestra tenía edad para jubilarse (+60 años) y el 70% pertenecía a servicios generales. La prevalencia de úlceras por presión en pacientes pediátricos fue del 8,35%; un 69,44% de los pacientes pediátricos presentaban úlceras por presión nosocomiales. El 76% de los pacientes pediátricos estaban internados en cuidados generales y el 66% presentaba riesgo bajo de padecer úlceras por presión. La prevalencia bruta de úlceras por presión en neonatos fue del 4,15%, todos ellos presentaban úlceras por presión nosocomiales. El 66% de los neonatos presenta riesgo de padecer úlceras por presión.

En la provincia de Chubut, como en la localidad de Trelew, no se encontró datos epidemiológicos sobre lesiones por presión. Para obtener datos locales se formuló un cuestionario a los pacientes del sector de rehabilitación en una clínica privada de la ciudad de Trelew-Chubut. Que consta de ocho camas para pacientes, en este momento se encuentran todas ocupadas. El cuestionario se realizó en el periodo del 1 de noviembre hasta el 30 de noviembre del 2019. Teniendo en cuenta los determinantes sociales de salud. (Anexo 13. 1).

3.1- Resultados del cuestionario realizado a los pacientes internados.

A continuación se presentarán los resultados correspondientes al cuestionario realizado a los pacientes internados en el Sector de Rehabilitación en la Clínica San Miguel, durante el periodo del 1° al 30 de noviembre, con el objetivo de conocer las condiciones de cada paciente y obtener evidencias para fundamentar el problema de gestión.

Esta información fue relevante para la toma de decisiones en relación a la elaboración y propuesta de protocolo que se formula. Se llegó al siguiente resultado:

Están internados 8 pacientes, 4 son mujeres y los otros 4 son hombres.

La edad que prevalece es entre 70-79 años que representan un 50 % de los pacientes internados.

Referente al nivel de estudio prevalece 12,5 %, que presenta el nivel primario.

Las enfermedades que padecen son: hipertensión arterial un 37,5%, diabetes 37,5% y enfermedades cardíacas 37,5%.

Con respecto al motivo del ingreso al servicio, prevalece el accidente cerebro vascular que es un 50%.

De los pacientes que ingresaron 37,5 % presentaban lesiones por presión y 50 % desarrolló lesiones por presión, siendo el 75 % de 1° grado.

Por el resultado obtenido en el cuestionario es que surge la necesidad de la implementación de un protocolo de prevención de lesión por presión que tiene un gran impacto para los pacientes y para los servicios de salud (Benaim & Neira, 2017).

Como se evidencia el estudio realizado por Barrientos et.al. (2005), una reducción en la incidencia en úlceras por presión después de la implementación de un protocolo de prevención de lesión por presión.

Con este estudio se logro obtener los siguientes resultados: 63 % de los pacientes era de sexo masculino, el 48% de la muestra estuvo representada por mayores de 65 años, 82,21 % presentaba patologías asociadas, 90,6%

recibieron medicamentos considerados de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión, 56 % corresponden a pacientes post quirúrgicos con un tiempo operatorio mayor de dos horas en el 96,7 % de los casos.

Al aplicar la escala de riesgo, 64 % de los pacientes se encontró en la categoría de alto riesgo de desarrollar una úlcera por presión, 40 % de los pacientes permaneció dos días bajo las medidas de protocolo.

Al término de la intervención, 98% de los pacientes que participó en el protocolo de cuidados permaneció con la piel intacta, solo cuatro pacientes desarrollaron una úlcera en estadio 1, y no se presentaron úlceras por presión en otros estadios (Barrientos et. al., 2005: 12).

Otro estudio realizado por Brunet & Kurcgant (2012), el objetivo de este estudio fue evaluar la aplicación de un protocolo para la prevención de úlceras por presión en pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

Los datos fueron recolectados entre el 17 de abril a 15 julio 2009 en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de un hospital Escuela de la ciudad de Sao Paulo, donde llegaron al siguiente resultado: La incidencia fue de 23,1%, fue inferior a la indicada en un estudio similar elaborado en la misma institución (41,02%) antes de la aplicación de protocolo para la prevención de úlceras por presión.

Llegaron a la conclusión que la utilización de protocolos de prevención son herramientas fundamentales para prevenir y controlar la incidencia de úlceras por presión, cuando se usa de manera habitual.

Con la implementación de un protocolo a través de una escala de valoración (Braden), el objetivo no es enseñar a curar las úlceras por presión, sino evitar su desarrollo a través de una planificación de cuidados enfermeros aplicados a todo paciente con riesgo de desarrollar una lesión por presión (Rioja, 2009).

Poner en práctica el protocolo, teniendo en cuenta que el proceso de atención es el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados por el equipo de salud de acuerdo a las necesidades y problemas de salud del

paciente en función a los objetivos pautados de manera interdisciplinaria, y compartidos con el paciente (Testa, 1995).

Siendo así, se analiza los servicios de salud desde la perspectiva denominada lógica de proceso, en referencia a la lógica según la cual se diseña el circuito de atención de un paciente con una necesidad de salud particular a través de una red de atención sanitaria (Testa, 1995).

Estos circuitos que hacen el eje en las necesidades organizacionales de los servicios o bien en las necesidades de los pacientes, pueden, en muchos casos, ser pasibles de normalizaciones, es decir deberían asegurar el acceso y la atención eficiente (Testa, 1995).

La integración de los servicios de salud aparece como una propuesta para superar los resultados negativos de la fragmentación a través de la oferta de servicios organizados de tal forma que las personas reciban un continuo de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, acordes a sus necesidades a lo largo del tiempo. Siendo así la gestión eficiente de los cuidados y en el proceso de atención genera confianza y eficacia, disminuye la medicación y el gasto resolviendo problemas de la cotidianidad de los pacientes y sus cuidadores (Thomas, 2018).

El trabajo se enfocará en gestionar una solución intentando prevenir y ayudar a disminuir las lesiones por presión a través de la prevención. Es responsabilidad de todos los profesionales involucrados en el cuidado del paciente, siendo necesarios para efectuar esta tarea con efectividad el conocimiento, las habilidades y recursos materiales y humanos (Rioja,2009).

No solamente agudiza la conciencia del problema, sino también proporciona las bases para la toma de decisiones y el marco de trabajo para desarrollar y mantener la capacidad de implementar nuevos conocimientos en la práctica clínica.

Por otro lado, un inadecuado conocimiento y práctica pueden provocar un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y un alto costo económico al sistema sanitario. Se analizarán las prácticas adecuadas para

evitar su aparición y cómo deben ser tratadas las existentes (Garza et. al. ,2017).

En definitiva se intentará conocer la gestión de las lesiones por presión en la Clínica San Miguel en el sector de rehabilitación y los obstáculos que impiden su adecuado manejo y también los facilitadores que permitirán una adecuada práctica. Plantear estrategias para optimizar los cuidados. Para eso surgen las preguntas:

¿Qué información existe sobre los cuidados que son brindados por el equipo de salud a las personas que padecen lesiones por presión o pueden llegar a padecerlas , en la clínica San Miguel en el sector de rehabilitación?

¿Cuáles son los obstáculos y facilitadores para brindar dichos cuidados?

¿La implementación de un protocolo ayudará a prevenir o disminuir las lesiones por presión?

4- Marco teórico:

4.1.- Comprendiendo qué es la lesión por Presión

A continuación se abordará la definición de lesión por presión, su clasificación y los cuidados necesarios para prevenirlas, estos elementos proporcionan datos para la gestión y ayudará a evitar los problemas que se generan en el servicio, brindando calidad en la atención que recibe el paciente.

Se define lesión por presión : “ lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que produce por prolongada presión o por presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro a él o contrapuestos del mismo paciente” (Benaim & Neira ,2017 :26).

Está dada por una combinación o sumatoria de factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores extrínsecos hacen referencia a: presión, fricción, cizallamiento (fuerza externa de pinzamiento vascular) y humedad. Los factores intrínsecos son: enfermedades asociadas-inmunidad, edad, estado nutricional, medicación (Logroño,2009).

Aquí se hace una observación: de acuerdo al documento emitido por el *National Preassure Ulcer Advisory panel (NPUAP)* el 31 de mayo 2016, se propone reemplazar el término “úlceras” por “lesión” (Benaim & Neira, 2017 :26).

Por esto, en este escrito se mencionan los términos úlceras y lesiones, ya que se utiliza muchas bibliografía con anterioridad al 31 de mayo de 2016, y posterior a esta fecha.

A continuación, se proseguirá a presentar la clasificación de las úlceras por presión.

4.2 - Clasificación de las úlceras por presión.

Según Benaim & Neira,(2017), las úlceras por presión se clasifican en cuatro grados.

Esta clasificación no es evolutiva, es decir que para que un paciente tenga una úlcera grado IV no es necesario que transite las etapas previas. Cuando la necrosis impide la valoración de la profundidad de afectación de los tejidos, se denomina estadio 0 o no clasificable. Luego se clasifican de I a IV según su profundidad.

Tabla 1- Clasificación de las úlceras por presión

Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Eritema de la piel intacta que no blanquea luego de eliminar la presión. El calor , el edema o el endurecimiento de la piel también pueden ser indicadores.	Compromiso parcial de piel con pérdida de epidermis, dermis o ambas. La úlcera es superficial.	Pérdida del espesor total de la piel y el tejido subcutáneo sin llegar a la fascia. La úlcera es profunda.	Pérdida total de piel de distribución amplia con necrosis de los tejidos o daño de músculos, huesos o estructuras de soporte como tendones o cápsula articular.
Fuente: Elaboración propia en base al libro Bases para la implantación de un Programa de Prevención, Diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión (pág 30.)			

4.3 - Escala de valoración de riesgo de lesión por presión.

Según Benaim & Neira (2017), una escala de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión (EVRUPP) es un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar lesión por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo.

Siendo que las diferentes asociaciones científicas internacionales mantienen un alto grado de consenso en cuanto a que la prevención es el método más eficiente para el abordaje inicial de las lesiones por presión.

Las áreas que se consideran en la aplicación de las medidas de prevención son: valoración del riesgo de desarrollo de una lesión por presión, cuidados

de la piel, reducción de la presión y educación (Benaim & Neira,2017).Se considera que la valoración del riesgo de desarrollar una lesión por presión es el aspecto clave a instrumentar en el proceso de prevención. Por ello se recomienda realizar una valoración del paciente en el primer contacto que tenga con el sistema sanitario.

Para este fin se utilizará la escala de Braden, se realizará una reevaluación periódica de la lesión por presión de manera sistemática, para controlar la prevención o la evolución de las mismas. Esta acción proporcionará un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo (Benaim & Neira,2017).

Esto supone una optimización de los recursos y una adecuación de los medios disponibles, a la vez que facilita el desarrollo de protocolos de valoración de riesgo, sirve como prueba en casos de un proceso legal y permite el ajuste de los casos en función del riesgo en estudios epidemiológicos (Rioja,2009).

4.4 - Escala de Braden

Es interesante empezar a nombrar a Soares & Heidemann (2018), donde hacen referencia que para evitar las lesiones por presión , además de medidas propias, se necesita de un instrumento para realizar una evaluación sistemática. Esta evaluación se hará a través de distintas escalas como: la Escala de Braden, Emina y Norton, que hasta el momento son las mejores herramientas para valorar el riesgo de desarrollar lesión por presión (Benaim & Neira, 2017).

Para este trabajo se utiliza la escala Braden por tener mejor balance sensibilidad, especificidad y su fácil manejo.

La Escala de Braden tiene por finalidad identificar a las personas que están en situaciones vulnerables para desarrollar lesión por presión (Soares & Heidemann, 2018).

Se utilizan las siguientes variables en la escala de Braden: Percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligros de lesiones cutáneas.

El resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías puede oscilar entre 6 y 23 puntos. Según la puntuación se identifican los siguientes grupos de riesgos:

- Riesgos altos: mayor 12 (evaluación diaria).
- Riesgo medio: 13 -15 (evaluación c/3 días).
- Riesgo bajo: menor a 16 (evaluación cada 7 días).

Tabla 2- Escala de Valoración de Riesgo: Escala de Braden

Escala de Valoración Riesgo: Escala de Braden				
Percepción Sensorial	Completamente limitada (1)	Muy Limitada (2).	Ligeramente limitada(3).	Sin limitaciones (4).
Exposición a la humedad	Constante humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente humedad (3).	Raramente Humedad (4).
Actividad	Encamado/a (1).	En silla (2).	Deambula Ocasionalmente(3).	Deambula Frecuentemente (4).
Movilidad	Completamente inmóvil (1).	Muy limitada (2).	Ligeramente limitada (3).	Sin limitaciones (4).
Nutrición	Muy pobre (1)	Probablemente inadecuada (2).	Adecuada (3)	Excelente (4).
Roce y peligro de lesiones	Problema (1). Requiere Moderada y máxima asistencia.	Problema potencial(2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No existe problema aparente (3).
Clasificación de riesgo		Resultado		
Alto Riesgo:	Puntuación Total <12.			

Riesgo Moderado:	Puntuación total 13-14	
Riesgo Bajo	Puntuación total 15-16 si es menor de 75 años.	
	Puntuación total 15-18 si es mayor o igual de 75 años.	
Fuente: Elaboración en base al libro Bases para la implementación de un Programa de Prevención Diagnóstico y Tratamiento de las úlceras por presión. Acad. Fortunati Benaim y Acad .Jorge Neira pag.35 (2016).		

A todo paciente que ingrese al ámbito sanatorial o hospitalario, o en visitas domiciliaria, enfermería debe hacerle una valoración completa que comprenda observación de la capacidad de satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, un examen físico y estado actual de salud (prestando especial atención a los factores de riesgos de presentar úlcera por presión), tratamiento farmacológico y evaluación nutricional valiéndose de un instrumento validado capaz de detectar ya sea riesgo de desnutrición o desnutrición establecida, aspectos psico- sociales, identificar a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales y evaluación de riesgos de presentar úlceras por presión con una escala validada (Benaim & Neira, 2017).

Esas valoraciones son importantes para iniciar el plan de cuidados de enfermería ya que permiten adaptar las medidas preventivas del nivel de riesgo.

Este plan incluye limpieza y cuidados locales de la piel, manejo del exceso de humedad (por incontinencia, transpiración, drenajes), manejo de la presión, movilización, cambios posturales y protección local ante la presión (Logroño, 2009).

En los pacientes con lesión por presión se debería tener presente:

- Mirar al paciente como un ser integral.

- Hacer especial énfasis en las medidas de prevención.
- Conseguir el mayor compromiso del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados.
- Configurar un marco de práctica asistencial basada en evidencias científicas.
- Tomar decisiones basadas en la dimensión costo/beneficio. Evaluar constantemente las prácticas asistenciales.
- Incorporar a los profesionales a las actividades de investigación (Benaim & Neira, 2017).

Para el tratamiento de lesión por presión:

- Cuidados generales: Alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones. Soporte nutricional. Manejo del dolor. Valoración psico social. Soporte emocional. Educación.
- Cuidados locales: limpieza, desbridamiento.
- Los métodos de desbridamiento: quirúrgico, cortante, enzimático, autolítico, elección del tratamiento, cura húmeda.
- Productos para prevención y tratamiento de las lesiones por presión.

Una vez terminada la práctica, es importante dejar registrado en la historia clínica la información obtenida de forma completa y exacta, el registro por parte del profesional de las valoraciones de riesgo, los cuidados preventivos, características especiales del paciente, así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención (Benaim & Neira, 2017).

Es esta una medida de gran ayuda en la mejora de la calidad asistencial y protección legal ante posibles demandas relacionadas con la aparición de lesión por presión.

La evaluación debe ser entendida como un proceso de evaluación y un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados y estrategias preventivas de las úlceras por presión (Benaim & Neira, 2017).

Por lo tanto, la utilización de la escala de Braden, en el proceso de atención, se torna un aliado, porque mejora la calidad del servicio prestado, permite

conocer el perfil individual y direccionar o sistematizar la atención según la vulnerabilidad a desarrollar lesión por presión de cada individuo (Soares & Heidemann, 2018).

A continuación se realizará una breve descripción del proceso de atención.

4.5 - Proceso de atención

En el mundo actual en el que vivimos, la complejidad es una característica que atraviesa diferentes ámbitos de nuestra vida. En el campo de la salud pasa lo mismo, por eso es interesante comenzar a hacer visible dicha complejidad en salud, en sus conceptos, ideas y prácticas concretas.

Ya que el proceso de atención es el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados por el equipo de salud de acuerdo a las necesidades y problemas de salud del paciente de acuerdo a los objetivos pautados de manera interdisciplinaria y compartidos con el paciente (Testa, 1995).

Por eso, se empezará con las distintas ideas acerca de la salud y la enfermedad. En las concepciones estéticas interpretan a la salud y la enfermedad como términos absolutos e independientes. Se está sano/a o se está enfermo/a. Laurell, (1986), desde una visión de la salud concebida como un hecho dinámico, plantea que estos dos términos deben enfocarse como momentos de un proceso; el Proceso Salud-Enfermedad.

Estar sano o enfermo es parte de un proceso dinámico en el que intervienen múltiples factores sociales, medio-ambientales, biológicos y del sistema de salud así como la historia, la geografía, la cultura, la economía y la política en la que están inmersos el individuo, su familia y su comunidad. A estos factores se los denomina "determinantes de la salud" (Laurell, 1986).

Por lo tanto, se comprende la salud y enfermedad como partes de un mismo proceso de carácter social e histórico. De modo que, es necesario considerar las características de las estructuras sociales, en las que se produce y reproduce (Laurell, 1986).

Se puede identificar a través de una serie de eventos cómo las distintas maneras de morbi-mortalidad, la esperanza de vida y los procesos de crecimientos y envejecimientos. Que se manifiesta de manera distinta a través de variaciones entre sociedades, culturas, épocas y clases sociales (Laurell,1986).

Por ende, se puede afirmar que las condiciones de vida y trabajo de las sociedades están relacionadas de forma distinta con respecto tanto a la salud como a los padecimientos, enfermedades, muertes acontecidas en los distintos niveles sociales.

Siendo así, se debe considerar que siempre se busca dar una respuesta social, tanto sea sobre el deterioro de la salud como de la manera de mantenerla (Laurell,1986).

En relación a esta propuesta, también es interesante nombrar a Menendez (1994), que propone utilizar la categoría de proceso de salud- enfermedad que opera estructuralmente en toda sociedad y todos los grupos sociales estratificados que lo integran.

Hace referencia a la atención, al considerar también que los procesos de salud-enfermedad suponen respuestas sociales.

Por lo tanto, los padecimientos como las respuestas constituyen hechos sociales, generando un conjunto de representaciones y prácticas para entender y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generados por los daños a la salud (Menéndez, 1994).

La relación entre el proceso salud-enfermedad colectiva e individual, está dada porque el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales se apoyan en la variación biológica individual (Laurell,1986).

Con esta mirada, también la atención brindada se va modificando de acuerdo a técnicas, conocimientos, ideología, contextos mejorando la salud de la población y exigiendo una relación clara entre cambios sociales, políticos, económicos y de salud (Menéndez, 1994).

Testa (1995), analiza los servicios de salud desde la perspectiva denominada lógica de proceso, en referencia a la lógica según la cual se diseña el circuito de atención de un paciente con una necesidad de salud particular a través de una red de atención sanitaria.

Estos circuitos que hacen eje en las necesidades organizacionales de los servicios o bien en las necesidades de los pacientes, pueden en muchos casos ser pasibles de normatizaciones, es decir deberían asegurar el acceso y la atención eficiente.

Sin embargo, atendiendo a la complejidad de los problemas de salud, el autor Testa (1995), reconoce la necesidad de situaciones singulares que excedan las posibilidades de normatización.

La trayectoria por los circuitos de atención, tanto si se refiere al pasaje del paciente a un nivel distinto de cuidado, o el involucramiento de diferentes efectores de salud, plantea como riesgo frecuente la fragmentación en buscar una solución para el problema planteado (Testa,1995).

Se entiende por fragmentación a la existencia de distintas unidades, en un sistema de salud, que operan de manera no integrada. Esta característica del sistema de salud se manifiesta en la falta de coordinación y comunicación entre los servicios o unidades de atención y entre los niveles, lo que genera ineficiencia en la utilización de los recursos, demoras en los turnos de interconsulta, demanda insatisfecha y dificultades en la transferencia de información que afectan los procesos de atención, etc. (Tobar, 2017).

Tanto el concepto de coordinación asistencial entre niveles de atención como el de continuidad asistencial aluden a la lógica de atención como un continuo para el paciente (Testa, 1995).

La coordinación refiere a la articulación, desde la gestión, de los servicios que requiere sucesivamente el paciente para la atención de sus problemas de salud (Tobar, 2017).

La atención integrada, según Núñez & Lorenzo & Navarrete (2006), sería el punto máximo de coordinación asistencial en tanto la continuidad asistencial alude al resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente.

Desde el punto de vista de la organización de servicios, existen diversas estrategias que permiten propiciar una mejor calidad de atención, entre ellas la implementación de mecanismos destinados a coordinar servicios y a incidir sobre diferentes dimensiones de la integración (integración clínica, integración horizontal o vertical de los servicios de salud, integración territorial) hasta la actual propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) entendida como:

“(...) una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (Puig & Carbonell & Millian & Patten & León, 2011:126).

En todo caso, la integración de los servicios de salud aparece como una propuesta para superar los resultados deletéreos de la fragmentación a través de la oferta de servicios organizados de tal forma que las personas reciban un continuo de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación (Puig et. al. 2011).

Sería interesante mirar desde una perspectiva antropológica de modelos de atención, donde se hace referencia, no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar, lo cual implica asumir una serie de puntos de partida que contextualizan el análisis de los modelos de atención (Menéndez, 1995).

En conclusión, la integración de los servicios de salud, la gestión eficiente de los cuidados y en el proceso de atención genera confianza y eficacia. Disminuye la medicación y el gasto resolviendo problemas de la cotidianidad de los pacientes y sus cuidadores (Thomas, 2018).

A continuación se mencionara la estandarización de procesos, herramientas que ayudan a la gestión y organización del proceso de atención.

4.6- Estandarización de procesos

La estandarización de procesos asistenciales, hace referencia el Ministerio Salud de la Nación Argentina (2007), que, en los servicios fue implementada durante años a través de las clásicas normas de diagnóstico y tratamiento. Este proceso a través de la epidemiología clínica, la medicina basada en la evidencia y la investigación en servicios de salud le otorgaron nuevas dimensiones. La información fluye en todos los sentidos generando una retroalimentación positiva entre estas actividades lo que permite intervenciones en las organizaciones para su mejoramiento, el surgimiento de nuevas aéreas, y medir la efectividad en forma colectiva.

Se ha demostrado que personas con el mismo problema de salud reciben diferentes evaluaciones o tratamientos. Esto en el proceso de atención puede llevar a obtener diferencias en los resultados clínicos y variaciones en los costos.

La adopción de una estandarización de procesos supone la necesidad de gestionar un cambio cultural, organizativo y profesional que permita estandarizar los conocimientos de los profesionales y la comprensión de los beneficios.

Es por eso que se tornan herramientas necesarias tanto en la disminución de variabilidad en los procesos, así como en la evaluación y mejoras de la calidad asistencial. Se busca producir cambios positivos en las conductas y recursos utilizados que lleven a obtener mejores resultados.

Ayuda a crear datos , para que la información sea sistemática a través de la atención brindada tanto en pacientes individuales como en las poblaciones, generando un marco de referencia o un modelo para atender la salud en términos de mediciones.

Hay criterios para elegir una patología o un problema que sería la de mayor prevalencia, de mayor impacto para la comunidad por el grado de

sufrimiento, que requiere mayor demanda de servicios, que presenta mayor variabilidad en la práctica clínica y susceptible de mejorar por normas o pautas de actuación, historia natural de la enfermedad conocida y gestión factible en el entorno específico.

4.7- Tipos de documento

Las estandarizaciones de procesos asistenciales pueden ser documentadas a través de diferentes formatos y adecuarse al alcance que tenga en su implementación. Están las guías de práctica clínica, protocolos, algoritmos, vías clínicas, procedimientos, normas. Lo importante es tener presente que cualquiera sea el formato debe estar sustentado con las mejores evidencias científicas disponibles, adaptadas al contexto local (Ministerio Salud de la Nación Argentina ,2007).

En este documento se hará mención al protocolo clínicos de actuación que contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado o acotado del dispositivo asistencial.

Las estandarizaciones de procesos asistenciales definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas.

Se define protocolo un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y para el cual se han delimitado las actividades a realizar teniendo en cuenta la experiencia y juicio clínico del profesional en la elaboración del protocolo de cuidado (Ministerio Salud de la Nación Argentina ,2007).

Protocolizar cuidados o procesos de enfermería, ayuda a la actualización de los conocimientos y habilidades, para obtener mejores resultados en el cuidado (Raya & Jiménez,2014).

Es a través de un instrumento como el protocolo, que sus resultados se transforman en una fuente generadora de temas e información para el desarrollo de investigación acerca del cuidado prestado.

Por tanto, se logra así documentar el costo y efectividad de los cuidados basados en evidencia, lo que posibilita la identificación y utilización de los

datos para seguir fundamentando y produciendo información y conocimiento (Raya & Jiménez, 2014).

El protocolo puede ayudar en la gestión de información, también permitirá una capacitación actualizada de los recursos humanos desde su lugar de trabajo. Se concreta así la relación que existe entre la teoría de la profesión, la práctica y la investigación (Raya & Jiménez, 2014).

A su vez puede ser una herramienta para reducir la variabilidad de los cuidados, optimizar la utilización de los recursos humanos y materiales, normalizar la práctica, mejorar la calidad de los servicios prestados, facilitar la distribución de tareas entre los profesionales, ser soporte legal en la adopción de decisiones, ayudar a evaluar de forma periódica y posibilitar así el mejoramiento continuo de la calidad en el proceso de atención y cuidado (Raya & Jiménez, 2014).

Por lo tanto, el protocolo es una herramienta utilizada en el proceso de cuidados, facilitando una gestión que permite diseñar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (enfermería, facultativos, personal no asistencial, etc), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio (Martinez, 1999).

A continuación, se buscará explicar y contextualizar el concepto de cuidado.

4.8 -Cuidado

Se desarrolló anteriormente, la importancia de una gestión eficiente en cuidados, es necesario en este punto ubicar este concepto, en el proceso salud enfermedad.

Cuidado es una palabra sencilla pero es un desafío su significado, ya que va más allá de una simple definición, envolviendo cada acción y situación del cotidiano (Villodres, 2017).

El cuidado se aplica a distintos actos cotidianos: los padres cuidan a sus hijos desde su nacimiento; los hijos cuidan a sus padres cuando estos envejecen. Se cuida a los seres vivos que nos rodean (animales y plantas),

también se cuida objetos que se adquiere un valor como una casa, un auto, etc (Villodres, 2017).

En el campo de la salud, el cuidado puede ser entendido como la capacidad de aplicar tecnologías, técnicas, procedimientos, maquinarias, acciones o sencillamente hacer cosas a favor del estado de salud del paciente, y sólo en algunos casos se le asocia directamente con la relación o interacción que se establece en el proceso de salud y enfermedad entre ambos (Villodres, 2017).

Echegoyemberry (2017), hace referencia a que el cuidado ha sido conceptualizado de diferentes maneras, presentando múltiples dimensiones para su análisis, pero existe coincidencia en considerarlo fundamental para la supervivencia y la vida de las personas.

También coincide con la misma reflexión Michalewicz & Pierre & Ardilla (2014), que refieren que se ha producido un aumento en el uso del término cuidado, tanto en la cotidianidad de los servicios como en las publicaciones científicas etc. Siendo utilizado con distintos sentidos por actores con posiciones distintas, e incluso, contrarias. Refieren que no es posible encontrar una definición unánime sobre el cuidado.

En el mismo estudio realizado por Michalewicz et. al., (2014) , se han aportado elementos a la conceptualización del cuidado en el campo de la salud, donde construyeron cinco categorías referidas cada una de ellas a uso diferente del término cuidado: La primera entiende al cuidado como una dimensión de las prácticas en salud relacionada a lo vincular/ afectivo, y lo relaciona a enfermería. La segunda nombra como cuidado a las prácticas no formales en salud, por ejemplo de una persona que se encuentra en cama y necesita cuidado de la familia. La tercera categoría reivindica el término en cuestión como un concepto superador de la simple atención, a partir de características como la integralidad y la participación. La cuarta plantea al cuidado como eje que orienta la atención centrándose en los usuarios. Finalmente la última categoría hace referencia al uso del término como sinónimo de atención.

De igual modo, Echegoyemberry (2017) también realiza una clasificación de los estudios sobre el cuidado y los agrupa en las siguientes dimensiones: interaccional, instrumental, dimensión emocional o afectiva, el cuidado como práctica social en la que se tienen en cuenta los significados, el contexto y las acciones.

El escritor Menéndez (2001), define el cuidado dentro del modelo de atención y esté dentro del proceso más amplio de salud/ enfermedad y no solo incluye actividades de tipo biomédicas sino a todas las actividades que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, aquellas que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y / o curar un padecimiento determinado. Para este autor las prácticas de cuidado hay que pensarlas en términos de reconocer su existencia, y no en su eficacia o eficiencia.

También Menéndez (2003), considera a las prácticas de cuidado como prácticas sociales, donde las actividades que se desarrollan están entrelazadas con los significados y por ello, las prácticas de cuidado no pueden ser independizadas ni de las personas que las realizan, ni del contexto social en el que surgen; hay un continuo proceso de transacciones entre las prácticas, los sujetos y los significados.

Se puede destacar, el cuidado como un trabajo que incluye la atención personal e instrumental, vigilancia, acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión con servicios sanitarios, apoyo emocional y social (Echegoyemberry, 2017; Menéndez, 2003).

A continuación se describe el concepto cuidado relacionado con enfermería.

4.9- Enfermería versus Cuidados.

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las varias corrientes del pensamiento a través de la historia.

Aproximadamente en el siglo XIX Nightingale define al cuidado como un arte y una ciencia que exige una formación formal y el rol de la enfermera es

poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él y da inicio a la profesionalización de enfermería (Rodríguez & Valenzuela, 2012).

Thomas (2018), refiere que el cuidado es el objeto del conocimiento enfermero y es lo que lo distingue de los demás profesionales del área de la salud. Se torna un concepto clave, que se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora del cuidado.

Siendo así, el ejercicio profesional de enfermería está sustentado en su disciplina, la ciencia del cuidar. Por lo tanto, los cuidados de enfermería no son empíricos, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado y la explicación científica.

Esto permite al personal de enfermería organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados, brindar una atención segura e intercultural implementando nuevas herramientas tecnológicas que faciliten el control de la gestión de los cuidados (Rodríguez & Valenzuela,2012).

Por ende,el cuidado define e identifica la disciplina, marca el compromiso social y acota el área de responsabilidad (Rodríguez - Valenzuela, 2012).

Los cuidados deben de considerar a la persona, familia y comunidad como sujetos dentro de un entorno físico y ecológico que favorecen o limitan su salud, por eso las acciones organizadas, son en función del desarrollo de estilos de vida saludables, buscando prevenir de riesgos que pongan en peligro la salud individual y colectiva (Thomas,2018).

Estos cuidados no deben perder la mirada del individuo como un ser holístico, prestando atención no solamente a lo biológico, sino también ser capaz de respetar los derechos de los pacientes, que incluye la confidencialidad, derecho a la compañía a la información ofreciendo cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud (Rodríguez & Valenzuela,2012).

En este sentido, se habla del cuidado humanístico, que es interpretado como algo que va más allá de las competencias técnicas y subjetivas u objetivas que se establecen en la relación del profesional -paciente, en la cual la enfermera dirige los cuidados que favorecen el bienestar del

paciente; a través de una reflexión personal, I será capaz de ver al paciente más allá de un diagnóstico médico.

El cuidado humanístico se preocupa de las singularidades de cada ser humano, entendiendo que todos los seres humanos tienen una historia de vida y han experimentado vivencias específicas, pero que como miembros de una comunidad, también poseen una historia y vivencias colectivas (Villodres, 2017).

“Es evidente la permanencia de modelos de atención biomédicos que distan de la verdadera esencia del cuidado de enfermería, al reducir lo humano a lo biológico y al desviar la atención del profesional de enfermería de su visión humanista y holística del cuidado” (Vargas & Escobar, 2010: 85). En conclusión el cuidado lleva a la integralidad en la atención y propone la reorganización de los servicios tomando como eje a los usuarios y estableciendo prácticas cuidadoras enmarcadas en un tipo de vínculo, el cual se caracteriza por el buen trato, el miramiento y la empatía. Aunque estas últimas son pocas o nada valoradas por las instituciones de salud (Michalewicz et.al., 2014).

Si se toma como eje de las prácticas en salud el compromiso con los usuarios y con la resolución de sus problemas se logrará que los individuos y la comunidad, que son receptores de prácticas en salud, se sientan seguros, informados, amparados, protegidos, apreciados, respetados (Thomas,2018; Waldow & Borges,2011).

5.-Marco Normativo:

El derecho a la salud es un derecho humano básico, ya que la salud es un medio que permite a las personas llevar una vida individual, social y productiva y posibilita no solamente vivir sino tener una vida digna. Garay, (2017) cuando refiere el derecho al grado máximo de salud que se logró por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS,1946). “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Seguidamente menciona que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Aunque existe una distancia entre el derecho consagrado y su implementación, debido la presencia de varias barreras que restringen y imitan el acceso a la salud para mayoría de la población (Echevoyemberry, 2021).

En el Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales de 1966 (art.12 y la observación General n° 14/2000) se sostiene que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, en particular el de derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, la dignidad humana, la vida, a la no discriminación, la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

En el derecho Internacional de los DDHH, en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que, “que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios necesarios.”

El derecho a la salud en el derecho Constitucional Argentino: La Constitución formal de 1853-1860 no contenía normas sobre derechos sociales, tampoco sobre el derecho a la salud. La reforma de la constitución Nacional (CN) del año 1957 incorporó, por medio del artículo 14 bis, los llamados derechos sociales: de la familia, de los gremios, de la seguridad social, pero no reconoció expresamente el derecho a la salud.

Ya con la reforma constitucional de 1994 encontramos una doble protección de los derechos relacionados con la salud: implícita y explícita. otorgando jerarquía constitucional a diversas normas de derechos internacionales que reconocen manifiestamente el derecho a la salud. (art.75, inc.22,CN).

El nuevo Artículo 42 (CN) atiende a la protección de la salud de los usuarios de bienes y servicios, comprendiendo en tal precepto los servicios de salud, siendo los pacientes los “consumidores” de aquellos.

También se encuentra el derecho a la salud regulado en la norma infraconstitucional que legisla el seguro de salud. La ley 23.661, en su artículo 1° establece: “Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica.”(...) En concordancia con norma, el artículo 2°, ley 23661, prescribe: “El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva”.

El seguro de salud mental no halló la articulación deseada con las jurisdicciones que integran el país federal, a pesar que se estableció el mecanismo de adhesión en los artículos 48 a 50 de la ley 23.661 (Garay, 2017).

Como mencionaba la OMS, DDHH y la Constitución Nacional el derecho a la salud también abarca una atención eficaz y de calidad. Por eso es necesario nombrar la Ley Nacional de Enfermería, donde se hace referencia a que la enfermería está apta para cumplir las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades.

La ley n° 24.004, artículo 2° : " El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivo títulos habilitantes.

Asimismo será considerado ejercicio de enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería "(Nación, 1991).

Por lo tanto la elaboración y la implementación de un protocolo en el servicio de rehabilitación viene en consonancia con las leyes mencionadas, ya que ayudará a la prevención de lesión por presión ayudando a mejorar la calidad de la vida y disminuyendo la incidencia de las mismas.

6 - Fundamentación y justificación que aporte se espera realizar para la gestión del problema.

Este trabajo busca generar y producir información en un ámbito privado, donde existen pocos datos estadísticos sobre las lesiones por presión en vista de que que la toma de decisiones que se realiza en la gestión no está apoyada en evidencia.

Por lo tanto, es importante demostrar a la institución de salud que se puede mejorar la atención a través de la aplicación de la evidencia. Esto permitirá aumentar el conocimiento a través de la investigación y en la práctica permitirá tomar decisiones con base científica proporcionando cuidados con calidad a los que necesitan (Raya & Jiménez,2014).

Este es un tema de relevancia social, pues se ha comprobado que las lesiones por presión, contribuyen significativamente a la morbilidad y mortalidad de la población institucionalizada y repercute de manera negativa en la calidad de vida, autoimagen, costos, cuidados, etc (Ángulo, 2009).

Teniendo en cuenta que las lesiones por presión se han estudiado desde la perspectiva de la calidad asistencial y de la seguridad clínica del paciente. Como indicador de calidad, la aparición de una lesión por presión se ha relacionado con déficit en cuidados por parte de los profesionales de la salud (Hernández et. al ,2017).

Por todo esto, generar evidencias en el contexto local, será un aporte para mejorar las intervenciones futuras que busquen dar una mejor calidad de atención a los usuarios y usuarias de la clínica (Raya & Jiménez, 2014).

Se debe trabajar la sensibilización de los profesionales sanitarios, de los gestores y los usuarios sobre la importancia y la posibilidad de evitar este problema, considerando que diversos estudios aseguran que el 95-98% de las lesiones por presión son evitables (Rigo et. al. , 2018).

Las lesiones por presión son un motivo de sufrimiento para quienes las padecen, porque sienten dolor, pierden autonomía y sufren incomodidad, miedo, ansiedad y limitaciones en sus posibilidades de relación social, a

causa de la dificultad para moverse (Hernández et. al., 2017). Además, se retrasa su proceso de recuperación y han de afrontar el riesgo de infección y sepsis que las lesiones por presión representan (Rigo et. al., 2018).

“Ha pasado de ser un problema de salud invisible y catalogado de banal, considerado como epidemia bajo las sábanas, a considerarse como un grave problema que es necesario dimensionar” (García et.al., 2015).

En conclusión se pretende producir información para ofrecer un protocolo basado en la evidencia para la prevención y el tratamiento de lesiones por presión. El propósito de las recomendaciones de prevención es guiar los cuidados para prevenir el desarrollo de lesiones por presión.

7 - Objetivos

7.1- Objetivo general:

Producir información para elaborar un protocolo de prevención de aparición de lesión por presión (LPP) en el proceso de atención y cuidados en pacientes en el sector de rehabilitación de la clínica San Miguel, durante el 2020.

7.2- Objetivos específicos:

1. Producir información en relación a las lesiones por presión que se dan en el proceso de atención y cuidados teniendo en cuenta: escalas de valoración branden, educación del paciente y familiares en cuidados de lesión por presión, cuidados de piel, medidas de prevención, rotación, suplemento nutricional, comité de lesiones por presión, capacitación y registro.
2. Identificar los obstáculos que impiden la correcta aplicación de medidas y programas de prevención de lesión por presión y los facilitadores del proceso de cuidado desde la perspectiva del personal de salud.
3. Elaborar un protocolo para la prevención de la aparición de lesión por presión consensuado y validado con el personal de salud de la clínica.

8 -Metodología

Se realizará un estudio de caso, de diseño cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo.

Las variables cualitativas serán analizadas de acuerdo al método de análisis temático, mientras que las cuantitativas serán analizadas a partir de tablas de frecuencias relativas o absolutas, porcentajes.

Se buscará generar evidencia para la elaboración posterior de un protocolo de prevención de la aparición de UPP consensuado y validado con el personal de salud de la clínica.

8.1- Justificación de las técnicas a utilizar

El estudio de caso es oportuno en este trabajo final, será un estudio de caso instrumental que no buscará generalizarse a otros contextos (Merlinsky, 2013). Este se define como un proceso que analiza profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría (Sampieri & Hernández, 2016). De ahí la pertinencia de este enfoque en virtud de los objetivos planteados.

Se realizará un abordaje metodológico mixto. Según Sampieri & Hernández (2014) el enfoque cuantitativo es un conjunto de procesos, secuenciales y probatorios, que se utiliza para la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadísticos, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

El enfoque cualitativo permite conocer en profundidad la perspectiva de los actores, y consiste en obtener el punto de vista de los participantes sobre sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos (Sampieri & Hernández, 2014).

Los estudios cualitativos facilitan el conocimiento de la realidad a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, incorporando una perspectiva subjetiva (Valles, 1996 ; Sampieri & Hernández, 2014).

En efecto, se realizará una descripción del fenómeno estudiado, las situaciones, contextos y sucesos, y se detalla cómo son y se manifiestan los aspectos estudiados. Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Sampieri & Hernández, 2014).

Unidad de análisis: Cada personal de salud : enfermería, médicos/as clínico , fisiatra . Los cuidados brindados en lesión por presión son: rotación, nutrición, educación, medidas de prevención, cuidados de la piel, escala de Braden, formación, registro.

La población: La población del estudio se seleccionó a todos /as los/as enfermeros/as, licenciados/as en enfermería, auxiliares y médicos/as clínicos/as y fisiatra.

La muestra no es probabilística. El muestreo es teórico o de corte intencional (Glaser & Strauss, 1967).

La muestra estuvo conformada por las enfermeras/os, licenciadas/enfermeras, auxiliares en enfermería. Son un total de 28 enfermeros/as y también conforman la muestra los médicos/as clínicos/as y médico /a fisiatra que se desempeñan en el sector de internación rehabilitación. Contestaron 23.

Criterios de exclusión: Se excluyó a los enfermeros de terapia intensiva, quirófano, hemodinamia. Los que tenían menos de un año ejerciendo en la institución. Se excluyó también a los médicos de terapia, quirófano y guardia.

Recolección de los datos: Se utilizará un cuestionario semi-estructurado, la observación participante y toma fotográfica. También el instrumento de la entrevista que será realizada hasta saturar la información.

Se triangularon diferentes fuentes de datos, de modo de integrar la información proveniente de las entrevistas de los/as consultantes, cuestionarios y observaciones. Esto permitirá verificar y comparar la información obtenida en relación a los/as mismos/as participantes en diferentes momentos mediante diferentes métodos de relevo de información.

Análisis de datos:

Para analizar los datos obtenidos se utilizará el método de análisis temático, pues es apropiado para identificar, organizar y analizar en detalle; reportar patrones o temas a partir de la lectura e identificar y establecer temas y estructuras (Braun & Clarke, 2006).

Se aplicará la triangulación de fuentes de datos como alternativa para aumentar la fortaleza y calidad del estudio cualitativo. Este método permite verificar y comparar la información obtenida en relación a los/as participantes. Estableciendo patrones de convergencia de modo de obtener una visión global del fenómeno estudiado, sirve para validar información y ampliar la comprensión (Dezin, 2000; Patton, 2002).

Instrumentos:

Los instrumentos de recogida de la información para la obtención de datos consistirán en fuentes primarias (cuestionario semiestructurado, entrevista y registros, fotos) y fuentes secundarias, estadísticas oficiales para caracterizar el contexto y la incidencia de la enfermedad de lesiones por presión. Las fuentes primarias serán analizadas de acuerdo al método de análisis temático.

- Cuestionario semiestructurado.

Se elaboró un Cuestionario semiestructurado que “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables que se van a medir”(Sampieri & Hernández, 2016: 217). Será utilizado como guía de entrevista para personal de salud. (Anexo 13. 4).

Se realizó un cuestionario semiestructurado a los enfermeros y enfermeras, médicos y médicas que se desempeñan en la clínica San Miguel en la que se incluyeron variables de tipo socio-económica y de cuidados de lesión por presión. El instrumento fue elaborado por la maestrando. Se realizó una

prueba piloto con un número reducido de participantes y se realizaron adecuaciones a partir de ésta.(Anexo 13.2).

El instrumento contiene preguntas cerradas relacionadas a las variables socio- económicas (edad, profesión, sexo, tiempo que se graduó). También contiene preguntas relacionadas a las variables del cuidado (escala de Braden, educación, cuidados de piel, suplemento nutricional, medidas de prevención, rotación, formación, registro, valoración de la piel).

Se utilizan las mismas variables para armar las entrevistas.

- Registro de observación participante.

También se utilizó un registro de observación participante (Ver Anexo 13.3) para observar las prácticas cotidianas del personal de enfermería, el espacio físico, las interacciones personal-usuario, uso de insumos, el uso de arnés de seguridad, entre otros aspectos). También se utilizaron entrevistas.

La observación participante permite introducirse profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones (Sampieri & Hernández ,2016).

Brindando de esa manera un trabajo de campo más profundo y exhaustivo. Numerosos autores señalan lo relevante para la investigación social que constituyen los registros de observación (Duverger, 1981; Braun-Clarke, 2006; Boyatzis, 1998).

También se triangularon fuentes de información provenientes del cuestionario, entrevista y del registro de observación participante.

Registro Fotográfico:

Se llevó un registro fotográfico de las habitaciones, los elementos usados en la prevención, y de algunas acciones realizadas en el cuidado de la piel.

Aspectos Éticos:

Con respecto a los aspectos éticos, se obtuvo el permiso del Director de la Clínica San Miguel. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los

participantes mediante la firma de un consentimiento informado. (Anexo 13.5).

Operacionalización de variables.

A continuación se presenta la operacionalización de variables utilizadas en el trabajo final, como sigue:

Tabla 2- Variables socio-económicas.

Variables Socio -económicas		
Variabes	Definición	Naturaleza
Edad	Edad del personal de salud en función.	Cuantitativa
Sexo	Característica fenotípica de los individuos	Cualitativa nominal.
Nivel Educativo	Nivel educativo alcanzado por la persona.	Cualitativa

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3-Variables que contemplan los cuidados en Lesión por Presión

Variables que contemplan los cuidados en Lesión por presión.			
Variable	Definición	Naturaleza	Valor
Educación a paciente/acompañante.	Debe proporcionar información como: qué son las UPP, sus causas y signos, cómo prevenirlas.	Cuantitativa	Si/No/ no Conozco
Cuidado de la piel.	Valoración completa de la piel, en busca de cambios de coloración, temperatura, edema, pérdida de la integridad, presencia de úlceras	Cuantitativa.	Si/No/ No Conozco.

	etc.		
Suplemento Nutricional	Es la provisión de nutrientes por vía oral, enteral o parenteral, con el objetivo de mejorar o mantener el estado nutricional del paciente.	Cuantitativa	Si/ No / No Conozco
Prevención	Son insumos o acciones utilizados para prevenir úlceras por presión	Cuantitativa	Si / No / No Conozco.
Rotación	Cambio de postura al individuo de manera que le alivie o redistribuye la presión, evitar la exposición de la piel a fuerza de presión y cizalla.	Cuantitativa	Si / No / No Conozco.
Comité	Está constituido por un grupo de profesionales interdisciplinarios que evalúan , analizan y toman decisiones sobre los tratamientos y medidas de prevención.	Cuantitativa	Si / No / No Conozco.
Formación	Proporcionar capacitación a los profesionales de prevención de lesión por presión para la identificación de los pacientes en riesgos.	Cuantitativa	Si / No / No Conozco
Registro	La valoración se debe registrar ya que constituye un elemento de carácter legal.	Cuantitativa	Si / No / No Conozco.
Fuente: Elaboración propia.			

9- Resultados:

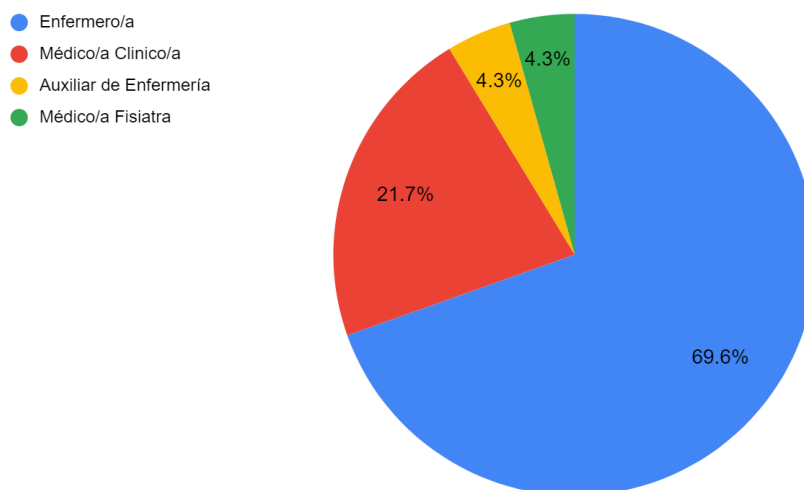
9.1- Resultados en relación al Objetivo 1

A continuación se presentan los resultados en relación al objetivo 1. Se buscó producir información en relación a los cuidados de lesión por presión que se dan en el proceso de atención y cuidados (según escala de Braden, educación a paciente/familiar en riesgo soporte nutricional, inspección de la piel, rotación, valoración al ingreso, formación, registro, insumos para la prevención y tratamiento, medidas de prevención).

El cuestionario (anexo 13.2) fue contestado por los/as enfermeros/as y médicos/as que hacían parte de la muestra. De manera anónima. Las preguntas se entregaron a 23 enfermeros y 5 médicos. Contestaron 18 enfermeros y 5 médicos.

Según el resultado de la encuesta el 69,6% son enfermeros, 4,35% médico fisiatra, 21,7% médico/a clínica, 4,35 % auxiliares de enfermería.

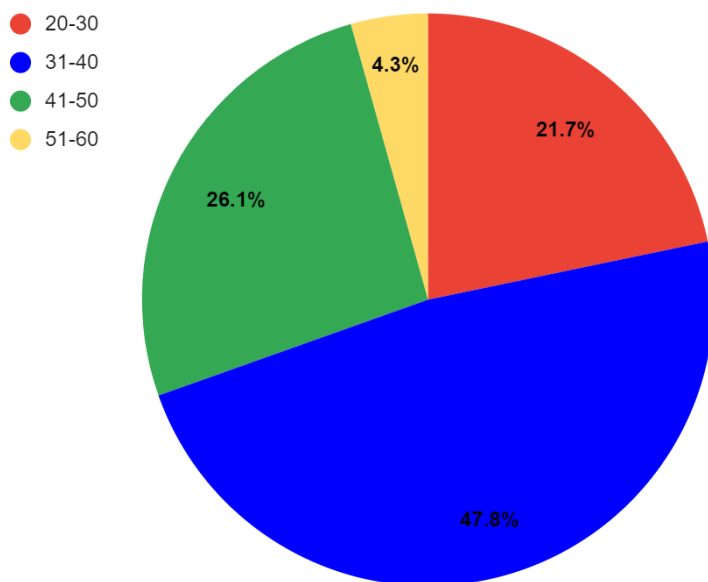
Gráfico 1- Distribución por profesión - Año 2020



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la edad, prevalecen entre los 30- 40 años que son representados por el 47,83%.

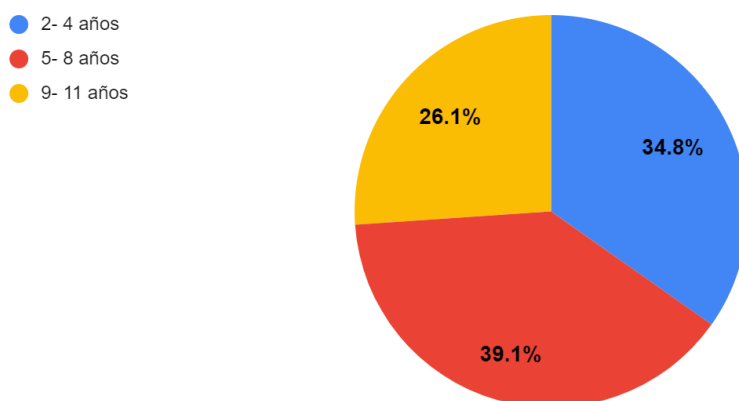
Gráfico 2- Distribución por Edad- Año 2020



Fuente: Elaboración propia .

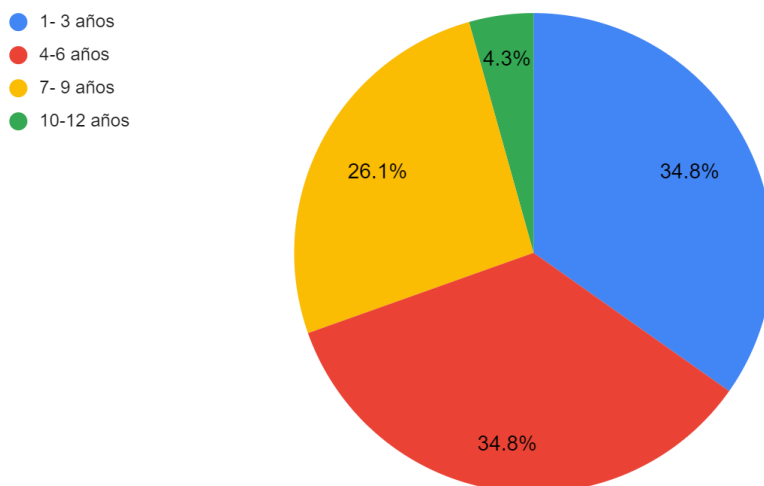
Ya en relación al tiempo de graduación, prevalecen los recibidos hace 5 -8 años, conformando por el 39,1%.

Gráfico 3 - Distribución por tiempo de formación - Año 2020



En relación al tiempo de antigüedad en la institución prevalece entre 4 y 6 años representando por el 34,8%.

Gráfico 4- Distribución por Antigüedad Año 2020

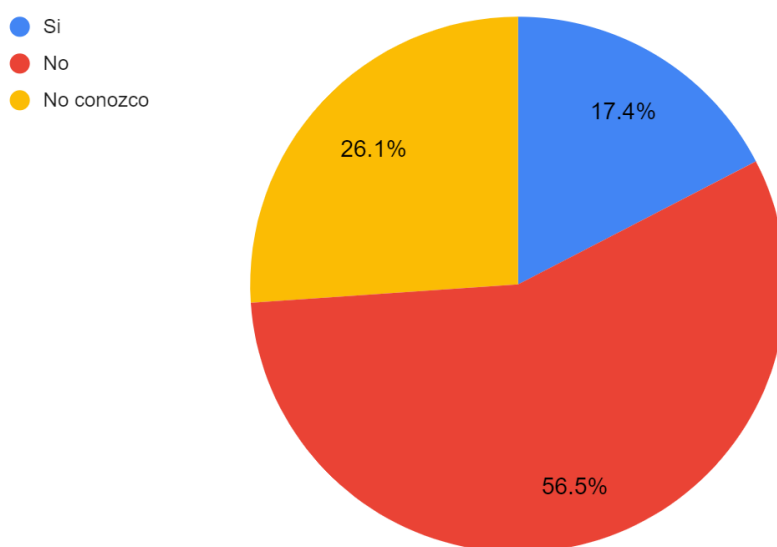


Fuente: Elaboración propia.

A continuación se describirán los resultados sobre cuidados de las lesiones por presión en las cuales se brinda información de cómo son las prácticas de los cuidados :

En relación a la utilización de la escala de valoración Braden prevalece el 41,2% no que no la utiliza.

Gráfico 5 - Distribución según la utilización de la escala de Braden - Año 2020



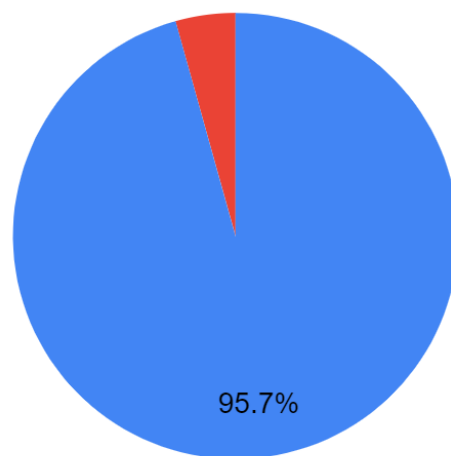
Fuente: Elaboración propia.

También se logró observar que no se utiliza la escala de braden en las prácticas diarias. La gran mayoría manifestaron oralmente en la entrevista que no la conocen, no saben cómo utilizarla y para qué servir. Hubo algunas expresiones como: “ otro papel para llenar”, “no hay tiempo para hacer esta valoración”; “ esa práctica no sirve, es perder tiempo”.

Otro punto importante es si son informados y educados los pacientes y sus familiares en riesgos de lesiones por presiones 94,1% refirió que si.

Gráfico 6- Distribución de la educación de los cuidados Año 2020.

- Si
- No



Fuente: Elaboración propia.

En la observación se pudo constatar que la educación a los familiares y los pacientes se realiza en la práctica diaria según sus condiciones de comprensión. Se explica al familiar, acompañante y paciente el procedimiento que se va a realizar. Se les pide ayuda para la rotación y se les va explicando cómo realizar la misma, se les informa que debe rotarse, colocar aerogal, crema humectante, colocar almohadones, se enseña a identificar signos y síntomas de posibles lesiones por presión. Cuando el paciente puede se le pide que trate de moverse en la cama.

También se observó que no todos les explican al paciente y al familiares, se escuchó expresiones como: “ Después le explico otra vez”.... “ Ahora no tengo tiempo, en otro momento le explicó”.

Referente a los cuidados de piel al paciente, el 100% refiere que si lo realizan.

Se observó que los cuidados se dan, como varios contestaron en la entrevista, a través de cambios de posturales, uso de aerosoles, colchones anti escara, parches preventivos, rotaciones cada dos o tres horas, evitar ropas que aplique demasiada presión, tener en cuenta la dieta, evitar fuerzas de cizallamiento y roces en el cambio frecuente de pañal.

También se pudo observar, que ni todos acomodan bien la ropa dejando pliegues que marcan la piel. Durante la higiene perianal, muchas veces queda húmeda la zona, el pañal no queda bien puesto. También se pudo observar el uso inadecuado de los elementos como aerogal,

Se pudo constatar la presencia de varios de estos cuidados nombrados como se ve registrado en las fotos.(Anexo 13. 7).

También se preguntaron sobre las medidas de prevención para evitar lesiones por presión: el 100% refiere que se utiliza las medidas de prevención.

En las prácticas diarias se observó que se realizan las rotaciones, el uso de parches de prevención como hidrocoloides y baitan y otros, usos del colchón antiescara y *Aerogal*. En las entrevistas hay muchos manifestaron que lo hacen según indicación médica.

Cuando se hizo mención de las prácticas de rotación del paciente, el 100% contestó que sí se realiza la rotación.

En las entrevistas la mayoría pone que cada dos a cuatro horas dependiendo de la patología, también se observó que se realiza la sedestación del paciente al menos una vez al día. La sedestación se realiza con la ayuda del arnés.

Con respecto al espacio físico se pudo observar que la manera como están ubicadas las camas muchas veces dificulta para el enfermero/a pueden realizar la correcta mecánica corporal y evitar que se lesionen debido que las habitaciones no constan con suficiente espacio para realizar de manera correcta los movimientos corporales para evitar que se lesione el personal.

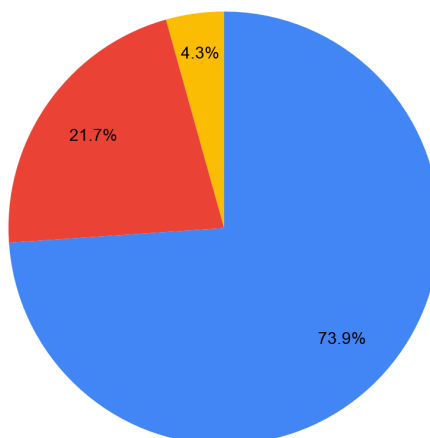
También se observó que muchas veces no cumple con la rotación por que no hay personal suficiente y el acompañante no puede ayudar. Muchas

veces el paciente también se niega a rotarse, con esta actitud se pudo observar que nadie le contradice o le explica de la importancia de rotarse. Cumple con su voluntad.

Otro punto importante en los cuidados de las lesiones es el suplemento nutricional. En este sentido, el 70% refiere que utiliza suplementos nutricionales. Sin embargo en las entrevistas varios dijeron que no conocen, muchos manifiestan que la necesidad nutricional la determina el equipo de nutrición. Se observó que los más utilizados son : *Fortisip* , *Fortisip Max*, *Ensure*, *Glucerna* y *Jevity*.

Gráfico 7- Distribución por la utilización de Suplemento Nutricional Año 2020

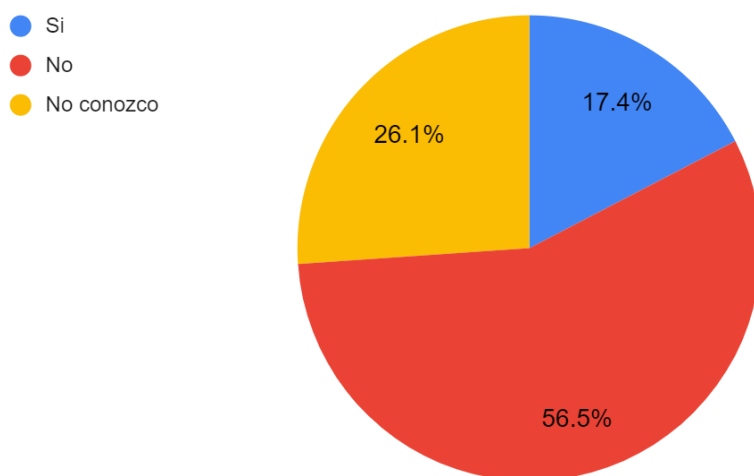
- Si
- No
- No conozco



Fuente: Elaboración propia.

Sobre la existencia de un comité de lesión por presión en la clínica, el 65% de los entrevistados refieren que no existe un comité.

Gráfico 8- Distribución por el Comité de Lesión por Presión Año 2020



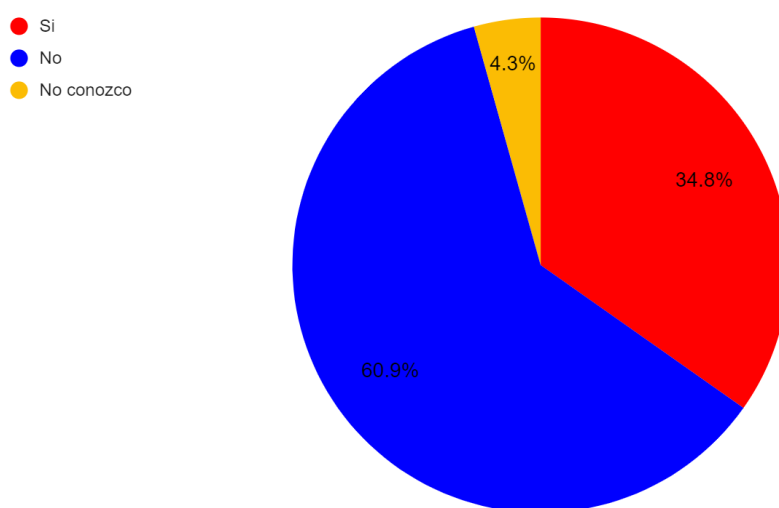
Fuente: Elaboración propia.

En la observación no se vio ningún comité. En la entrevista una persona manifestó que ahora tiene el deseo de armar uno.

Se preguntó si se recibe formación actualizada sobre lesiones por presión.

Un 60% refiere que no recibió .

Gráfico 9- Distribución por Formación recibida Año 2020

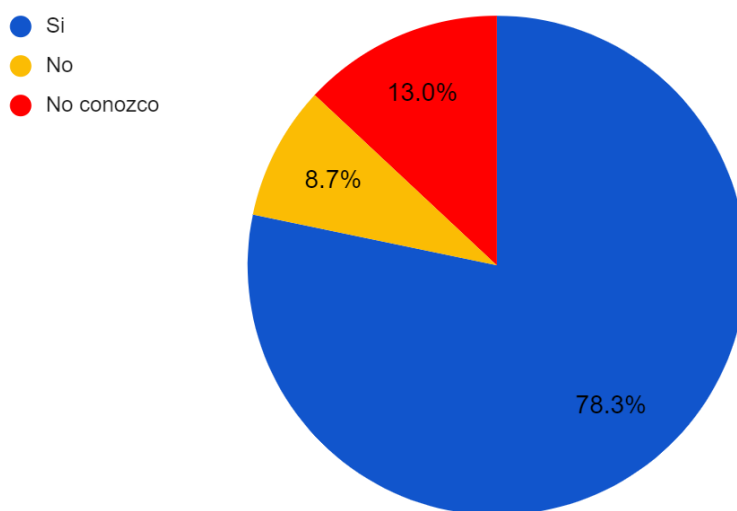


En las entrevistas también refieren que no han recibido, dos personas más refirieron que recurren a cursos fuera de la ciudades y la mayoría manifiesta que la formación que obtuvo fue en la universidad.

Se constata a través de la observación que no hay momentos de formación. La mayoría en la entrevista manifestaron el deseo de instancias de formación.

Otro factor importante es el registro de la valoración y cuidado de lesión por presión donde el 75% alude que realiza el registro.

Gráfico 10- Distribución por Registro de la valoración y cuidados Año 2020



Fuente: Elaboración propia.

En la entrevista la mayoría dijo que registra los cuidados brindados en la hoja de enfermería. Generalmente el registro diario es con respecto a la higiene y confort, algunos manifiestan que el clínico en conjunto con el enfermero valora y realiza el seguimiento y las curaciones.

Sin embargo se puede observar que en los registros no se describen los grados de las escaras. Y muchas veces no se actualiza el tratamiento, por ejemplo se sigue indicando un parche que el paciente ya no utiliza.

También se observó que no se realiza un registro de cuándo se realizó el último cambio del parche.

En conclusión se logró describir y conocer cuáles son los cuidados realizados por el equipo de salud sobre lesiones por presión.

Como paso siguiente se identificarán los obstáculos y los facilitadores del proceso de atención, a través del cuidado.

9.2- Resultados en relación al Objetivo 2

A continuación se presentan los resultados en relación al objetivo 2. Es decir, se identifican los obstáculos que impiden la correcta aplicación de medidas y programas de prevención de lesión por presión y los facilitadores del proceso de cuidado.

De las entrevistas, el cuestionario y observación participativa realizadas al personal de salud surge que los siguientes obstáculos:

9.3- Obstáculos

Tanto del Registro de Observación Participante como de las entrevistas, los obstáculos encontrados vinculados a la actividad del profesional tuvieron que ver con la falta de conocimientos de la valoración según las escalas de Braden. También se observa que los que refieren que la conocen, no la utilizan.

De manera uniforme dijeron y también se observó que no hay criterios de trabajos a través de un protocolo.

La mayoría sostiene que se realizan los registros en las hojas de enfermería pero se observó que no existe una hoja de registro donde se pueda anotar el grado de herida, características, evolución y elementos utilizados.

Una minoría menciona que se realizan los cuidados como equipo de salud. Se notó un concepto de trabajo con la visión Taylor, cada uno realiza sus actividades.

En relación a los factores vinculados a la infraestructura y servicios se observó, y también algunos manifestaron en las entrevistas, poco personal de enfermería para brindar los cuidados, principalmente en el turno tarde la mayoría de los días son dos enfermeros para ocho pacientes en rehabilitación, más seis pacientes para tratamientos clínicos.

Referente los elementos que tiene los enfermeros para prevenir y realizar las curaciones de las lesiones por presión, el 100% contestó que los utilizan, a pesar de que en la práctica se puede observar el incorrecto uso de algunos elementos como los parches , o los *Aerogal* donde muchos los utilizan en las partes blandas.

Otro inconveniente al respecto que se escuchó en varias oportunidades: “ mañana le ponemos el parche”, o “que cambie el parche el turno que sigue”.

Otro obstáculo sería el relacionado con la formación ya que de manera casi uniforme manifestaron que no reciben formación y actualizaciones.

Otro obstáculo tiene que ver con no involucrar al familiar del paciente en los cuidados.. Se observó que muchas veces por cuestión de tiempo, se realiza esta actividad solo entre enfermería.

9.4- Facilitadores

Como se mencionó anteriormente, también se logró identificar a los facilitadores a través del registro de observación participante y de las entrevistas y el cuestionario .

Facilitadores relacionados con la infraestructura y servicios: se percibió que el personal tiene acceso a los insumos indicados para la prevención de las lesiones por presión, como aerogal, colchon antiescara, los distintos tipo de parches (hidrocoloides y Biatain), guinche para trasladar los pacientes de la cama hacia la silla o viceversa.

Otro facilitador está relacionado con la actividad del profesional, donde una minoría manifiesta la importancia de organizar el trabajo a través del uso de protocolo, lo que mejora el trabajo como equipo de salud.

De manera unánime todos mencionaron la importancia de tener formación relacionada con el tema. Manifestaron interés en profundizar sobre aspectos que ayuden a mejorar los cuidados brindados.

Siendo así se dará continuidad al próximo objetivo que es la elaboración consensuada de un protocolo.

9.5 Resultados en relación al Objetivo 3

Propuesta de gestión. Elaboración consensuada de protocolo.

Se elaboró de manera participativa con la totalidad del personal de rehabilitación un protocolo para la prevención de la aparición de lesión por presión consensuado con el personal de salud de la clínica.

Se realizó una revisión previa de los protocolos que utilizan en hospitales, clínicas y también libros que han consensuado un protocolo que consiste en describir las datos personales, antecedentes y escala de valoración (la mayoría utiliza la escala de Braden), si valoración presenta o no lesiones por presión, grado de la lesión, indicación, tratamiento, los cuidados que necesitan y el registro (Fernandez,W& Auquilla A.L., Apolo, 2015 ;Benaim & Neira, 2017; Ruiz 2015; Norambuena 2014;Rioja, 2009; Servicio madrileño de Salud,2014).

A partir de los antecedentes de protocolos analizados en el contexto nacional, se elaboró en la Clínica un protocolo con encuentros (reuniones con el personal de salud para establecer el contenido mínimo de lo que debería tener un protocolo, un tema importante fue el tiempo que establece el protocolo, generar algo que sea accesible y factible de concretar por el equipo de Salud.

Un aspecto que fue señalado en las entrevistas es que es necesario que no sólo exista el protocolo, sino que sea conocido y se implemente.

Por eso la importancia de la elaboración conjunta, co-creación con el personal de salud, para lograr la apropiación del contenido del protocolo, su conocimiento y su implementación.

**Protocolo co-creado con el personal del sector de rehabilitación de la
Clínica San Miguel 2020, a partir de una propuesta elaborada por la
maestranda.**

Valoración y registro de las lesiones por presión				
Fecha de Ingreso				
Nombre:				
Apellido:				
Edad:				
Diagnostico:				
Antecedentes:				
Escala de Valoración Riesgo: Escala de Braden				
Percepción Sensorial	Completamente limitada (1)	Muy Limitada (2).	Ligeramente limitada(3).	Sin limitaciones (4).
Exposición a la humedad	Constante humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente humedad (3).	Raramente Humedad (4).
Actividad	Encamado/a (1).	En silla (2).	Deambula Ocasionalmente(3).	Deambula Frecuentemente (4).
Movilidad	Completamente inmóvil (1).	Muy limitada (2).	Ligeramente limitada (3).	Sin limitaciones (4).
Nutrición	Muy pobre (1)	Probablemente e inadecuada (2).	Adecuada (3)	Excelente (4).
Roce y peligro de lesiones	Problema (1). Requiere Moderada y máxima asistencia.	Problema potencial(2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No existe problema aparente (3).
Clasificación de riesgo		Resultado		
Alto Riesgo:	Puntuación Total<12.			

Riesgo Moderado:	Puntuación total 13-14			
Riesgo Bajo	Puntuación total 15-16 si es menor de 75 años.			
	Puntuación total 15-18 si es mayor o igual de 75 años.			
Fuente: Elaboración propia en base al libro Bases para la implementación de un Programa de Prevención Diagnóstico y Tratamiento de las úlceras por presión. Acad. Fortunati Benaim y Acad .Jorge Neira pag.35 (2016).				
Valoración de presencia de lesión.				
Localización lesiones al ingreso	Grado -Estadio	Antigüedad de lesión(fecha de aparición)	Nuevas lesiones	Localización de las nuevas lesiones
Estadio 0	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4 .
Inclasificable (desbridamiento).	Eritema cutáneo en piel sana	Pérdida parcial de epidermis o dermis	Pérdida total del grosor de piel	Lesión de tendón , músculo, otros
Cuidados y tratamiento				
Tratamiento	Si	No	Tipo	Hora /Fecha/ Firma
Desbridamiento				
Apósitos				
Terapia de presión negativa				
Cámara Hiperbárica				

Cremas				
Antibióticos				
Rotar				
Colchón antiescara				
Suplemento nutricional				
Higiene perineal				

Se realizará evaluación y monitoreo de la implementación, que también será participativa.

Proceso de validación y consenso del protocolo

1.- Se elaboró un protocolo en base a la bibliografía existente y se lo presentó a la coordinadora del sector de rehabilitación.

En el mes de agosto se creó un grupo de Whatsapp con todo el personal de enfermería (que son nueve), más los médicos clínicos y Medica Fisiatra (cinco). Debido a la pandemia no están permitidas reuniones grupales. Por eso se armó un grupo de Whatsapp

2.- En el grupo de Whatsapp, se explicó que el objetivo del grupo era consensuar la implementación de un protocolo de prevención de lesión por presión, ya que en la entrevista la mayoría había manifestado el deseo de implementar un protocolo.

3.- Se subió un video explicando la importancia y cómo utilizar la escala de Braden.

4- Se presentó el modelo de protocolo en un documento;

5.- La mayoría opinó que estaba bien, algunos que les parecía muy largo;

- 6.- Se realizaron algunos ajustes y se logró la conformidad del protocolo;
7. A partir del mes septiembre se empezó a implementar;
8. Se iniciaron instancias de capacitación continua, a través del grupo de Whatsapp, dónde una vez por semana se suben artículos, o videos explicativos y de formación sobre lesiones por presión.
- 9- En enero de 2021 se hace una evaluación del proceso empezado, a través de las preguntas mencionadas abajo.

Indicador de cumplimiento:

100% con respecto a la elaboración de un protocolo participativo, validado y consensuado con el personal de salud.

Preguntas de evaluación del protocolo para realizar al personal de salud:

1. ¿El protocolo sirve para prevenir lesiones por presiones ?
2. Desde la implementación del protocolo se produjo menos reinternación de pacientes?
3. ¿Qué aspectos del protocolo cambiarías?
4. ¿Consideras que los usuarios/as presentan menos incidencia de lesiones por presión a partir de la fecha que se implementó el protocolo?
5. ¿Se logró optimizar los recursos materiales y humanos, a través de la implementación del protocolo? ¿De qué manera?
6. ¿Realizaría algún cambio en el protocolo? ¿Cuál? ¿Cómo?.

10- Recomendaciones y aportes para la gestión.

A partir de la información obtenida en este estudio, se formulan las siguientes recomendaciones de gestión, en relación al protocolo, a los insumos, y a la organización, como sigue:

1- Participación de las familias y usuarios: Sería conveniente avanzar en la elaboración de un protocolo consensuado también con familiares y usuarios/as del servicio de salud de la clínica y capacitarlas.

2- Recurso humano y capacitación: En relación al recurso humano, es necesario que el personal de salud cuente con un plan de capacitación continua, que incluya actualizaciones referente a la temática lesiones por presión.

3- Generación de información: Es necesario generar en la organización procesos para la obtención de datos y en base a estos para la toma de decisiones fundadas en la gestión. Sería conveniente seguir produciendo información para monitorear el grado de cumplimiento del protocolo.

4- Futuras líneas de investigación: Futuras líneas de investigación podrían analizar los impactos de la implementación del protocolo en la salud de las y los pacientes.

5- Optimización de insumos: Se considera necesario en relación a los materiales e insumos optimizar el uso, evitando una sobreutilización de recursos que perjudican a la Institución en término económico y en término de sustentabilidad ambiental.

6- Evaluación y monitoreo: Será necesario establecer formas de actualización periódicas y de revisión, teniendo en cuenta las necesidades mencionadas por los actores y datos concretos. Se irá construyendo y evaluando a medida que se lo lleva a la práctica. Por lo tanto, dicha herramienta no solamente tiene presente el resultado final, sino es un instrumento para el proceso de atención.

11- Conclusión:

A través de este trabajo se logró alcanzar los objetivos propuestos, con la utilización de una metodología adecuada que ayudó a que se cumpla lo planteado.

En primer lugar se conoció cómo son los cuidados brindados para prevenir las lesiones por presión. Cabe destacar que en relación a la Escala de Braden, un porcentaje importante no utiliza y otra ni la conocía. Por eso es necesaria la formación sobre la escala de Braden, ya que es una herramienta fundamental y de impacto para el control de las lesiones por presión.

Haciendo alusión sobre la educación de los pacientes y sus familias, cuidados de la piel, las prácticas de rotación, la nutrición, el registro de las actividades y formación, se puede decir que la presencia de conocimiento no es garantía de cambios en la práctica de los cuidados.

Se siente la necesidad de una formación planificada que ayude a sostener la práctica por medio de un protocolo que facilitará diseñar, adaptar e individualizar los cuidados. Tratando de evitar y disminuir la incidencia de lesión por presión.

Este instrumento también es una herramienta, para un registro que contemple la valoración integral del paciente, una evaluación continua, brindando elementos para la toma de decisión a través de datos concretos que también se podrá utilizar para la investigación y permite optimizar el recurso humano y los insumos.

En relación al segundo objetivo, en base a la información producida de cómo son los cuidados en las lesiones de presión se pudo identificar los obstáculos y los facilitadores.

Que son dos elementos importantes identificados para la toma de decisión, permitiendo adaptar las medidas de cuidados al entorno, de manera que

sean claras, sencillas y que se alcance el beneficio esperado para el paciente y que el profesional pueda optimizar el cuidado.

Es importante destacar, que ,a partir del cuestionario realizado se logró despertar una inquietud por el tema. Soy enfermera de piso en el sector de rehabilitación, a partir de la información producida, con el solo hecho de haber realizado el cuestionario ya se logró generar una sensibilización por el tema.

Con el equipo de salud se logró la elaboración consensuada de un protocolo para la evaluación de las lesiones por presión, a partir del mes de septiembre se está implementando con los pacientes que están en el sector de rehabilitación (Anexo 13.9). El mismo será evaluado y revisado por el equipo en el mes enero.

Por lo tanto, se logró el inicio de un proceso en la atención brindada, para ayudar a superar los obstáculos y a promover los facilitadores.

Se busca que sea de manera participativa, involucrando al personal de salud, que su enfoque sea el proceso y no solamente el resultado.

Proporcionando formación, que ya empieza con la participación en la elaboración. En el proceso de implementación, ejecución y la evaluación de esta actividad.

Facilitando un instrumento que ayudará a organizar el trabajo, en la comunicación y la relación del equipo de salud, optimizando los recursos existentes para la prevención.

Principalmente favorecerá el desarrollo de destreza en búsqueda o gestión de información actualizada, generando datos epidemiológicos para poder seguir adoptando acciones y lograr gestionar con datos concretos de la realidad, complementando la necesidad individual de cada paciente.

Ofreciendo una herramienta sistematizada y flexible al equipo de salud, que también es un apoyo legal. Organizando los cuidados , para prevenir esta enfermedad, ya que es de rápida aparición, de alto costo y largo período de

internación, que genera un impacto negativo en la vida del paciente y de su entorno. Por lo tanto la intención es prevenir para no curar.

Aporte crítico:

- ❖ Perspectiva de protocolo como proceso continuo de mejora en la gestión y no sólo como un producto.
- ❖ El proceso del protocolo generó una reflexión crítica en las personas que participaron.
- ❖ El gran desafío es incluir otros profesionales y a las familias
- ❖ Futuras líneas de trabajo- participación activa del usuario/familiares.
- ❖ Es importante tener un enfoque preventivo de las Lesiones por presión, que es una enfermedad de rápida aparición, alto costo y largo periodo de internación que genera un impacto negativo en la vida del paciente y de su entorno, para la mejora de la calidad de vida de las y los usuarios.

12.-Bibliografía

- Angulo, J. M. (2009). *Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión*. Rioja: Logroño. Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., & Medina-López, O. M. (agosto de 2009). *El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. el diez de julio de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>.
- Barrientos, C., Urbina, L., Ourcilleón, A., & Pérez, C. (2005). Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Chilena de Medicina Intensiva*, 12-20.
- Braun V, C. V. (2001). Using Thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*. 3. *Edward Arnold Publishers*, 77-101.
- Benaim, A. F., & Acad. Jorge Neira. (2017). *Primer Consenso de Úlceras por Presión (PriCUPP). Bases para la implementación de un Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión*. Ciudad de Buenos Aires, República Argentina : Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 2016 .
- Bermartino, S. (2005). Una Década de reforma de la Atención médica en Argentina. *Salud colectiva*, 155-171.
- Borrell, C. (2016). Epidemiología Social: la persona, la población y los determinantes de la salud. *Cuadernos de la fundación DR. Antonio Esteve n°32*, 33-37.
- Boyatzis R. (1998). *Transforming qualitative information. Thematic analysis and code development*. California: Thousand Oaks.
- Brunet Rogenski, Noemi Marisa, Kurcgant, Paulina Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [en línea]. 2012, 20 (2), Tela 1-Tela 7 [fecha de Consulta 14 de Abril de 2021]. ISSN: Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281422733016>
- Canga, A. (diciembre de 2013). *Hacia una familia cuidadora sostenible. Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Recuperado el seis de setiembre de 2018, de <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000300003>

- Carme, B. (2016). Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. *Cuadernos de la fundación DR. Antonio Esteve n°32*, 33-37.
- CD-Ruzafa, J., & -Moreno, J. D. (1997). Valoración de la Discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 127-137.
- Denzin N, L. Y. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Duverger, M. (1981). *Métodos de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Ariel.
- Etchenique, Sandra, & Saiz, Maximiliano. (2020). Primer estudio nacional de de úlceras por presión en Argentina, 2018. El primer paso para la maratón nacional de UPP. *Gerokomos*, 31(1), 41-50. Epub 15 de junio de 2020. Recuperado en 13 de abril de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000100009&lng=es&tlng=es.
- Echegoyemberry, M. N. (13 de 06 de 2016). *Economía del cuidado: (Invisibilización del trabajo de las mujeres en el cuidado de personas con discapacidad*. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/07/11_Echegoyemberry.pdf>
- Echegoyemberry, M.N.(2021) El derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario- Hacia la construcción de la justicia sanitaria. "Revista Debate Público. Reflexión de trabajo Social".Nro.21.
- Fernandes, W., Auquilla, A. L., & Apolo, W. M. (2015). *Protocolo de Prevención y Atención de Úlceras por Presión*. Machala-Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- García Fernández Pedro, P. H. (2008). *Escalas De valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión*. cinco de diciembre de 2019, de http://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=1134-928x200800030005&lng=es&tlng=es.
- García-Díaz, F. Javier, Cabello-Jaime, Rafael, Muñoz-Conde, Mercedes, Bergera-Lezaun, Inmaculada, Blanca-Barba, Francisco, Carrasco-Herrero, José M.^a, Cubo-Arroyo, José del, Dumont-Lupiañez, Elodia, Fernández-Sevilla-Leyva, Ana Belén, Gálvez-Esquinas, Jav. (diciembre de 2015). *Validación de las escalas de Braden y EMINA en pacientes de atención domiciliaria incluidos en programa de inmobilizados*. . Recuperado el 6 de diciembre de 2019, de Gerokomos, 26(4),

150-156.:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400007&lng=es&tlng=es.

García -Fernández, Francisco P.,Torra i Bou, Joan Enric, Soldevilla Agreda,J. Javier, & Pancorbo-Hidalgo, Pedro L. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017. *Gerokomos*, 30(3),134-141. Epub 18 de noviembre de 2019. Recuperado en 08 de abril de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2019000300134&lng=es&tlng=es.

Garza Hernández Rosalinda, Meléndez Méndez Ma. Concepción, Fang Huerta María de los Ángeles, González Salinas Juana Fernanda, Castañeda-Hidalgo Hortensia, Argumedo Pérez Norma Edith. CONOCIMIENTO, ACTITUD Y BARRERAS EN ENFERMERAS HACIA LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Feb 11] ; 23(3): 47-58. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300047&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300047>.

Giraldo, B. P. (Diciembre de 2002). *El cuidado de enfermería en familia:un reto para el siglo XXI*. Recuperado el 6 de setiembre de 2018, de *Aquichán*,2(1),24-26:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100005&lng=en&tlng=es.

Glaser, B., & Strauss, A. (1976). *The discovery of grounded theory:strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

Guerrero Miralles, Mónica.(2008). úlceras por presión :un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados. *Gerokomos*,19(2), 55-62.Recuperado en 08 de abril de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928x2008000200006&ing=es&tlng.

Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009.

Hernández, R. G., Méndez, M. C., Huerta, M. d., Salinas, J. F., -Hidalgo, H. C., & Pérez, N. e. (2017). Conocimiento, Actitud y Barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión. *Ciencia y Enfermería XIII*, 47-58.

- Hidalgo-Pancorbo, Pedrol., Garcia-Fernández, Francisco P. Pérez-López, Cristina, & Soldevilla Agreda, J. Javier. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5° Estudio Nacional de 2017. *GeroKomos*, 30(2), 76-86. Epub 00 de 2019. Recuperado en 08 de abril de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2019000200076&lng=es&tlng=es.
- Testa, Mario (2009). decidir en salud. *universidad salud*, 01-05.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Salud colectiva*, 185-207.
- Merlinsky, G. (2013). *Cartografías del conflicto ambiental en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación: CICCUS.
- Norambuena, M. M. (2014). *Protocolo Prevención Úlceras Por Presión*. San Thiago: Ministerio de Salud- Gobierno de Chile.
- Núñez, R. T., Lorenzo, I. V., & Navarrete, M. L. (diciembre de 2006). *La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas*. Recuperado el 6 de noviembre de 2019, de *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&tlng=es.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Pérez, J., & Ayala, P. (2019). *Programa Médico Obligatorio*. CABA: Universidad Isalud.
- Puig López, Pedro, Alonso Carbonell, Liuba; Garcia Milian, Ana Julia; Ana Caridad, & Ramírez León, Laura B. (2011). Metodología para la caracterización de una red de servicios de salud y su aplicación en el contexto Ecuatoriano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2). Recuperado en 16 de febrero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200005&lng=es&tlng=es.
- Raya Aguirre, Dalila Aida; Jiménez Hernández Ana Barbara. Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad enfermería. *Revista Habanera de ciencias médicas*. volumen 13, número 3, 2014.
- Real López, Luiz; Díez Esteban, M° Eugenia; Serrano Hernantes, Marta, Blasco Romero, Irene, Capa Santamaría, Sheila, Santamaría

- Gonzales, Milagros, Garre Saura, Gregorio, Oracio Bartolomé, María,&Tapia Saiz, Sandra. (2020). Prevalencia hospitalaria de lesiones relacionadas con la dependencia en la provincia de Burgos. Estudio multicéntrico. *Gerokomos*, 31(2),98-106.Epub 05 de octubre de 2020. Recuperado en 08 de abril de 2021 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928x2020000200008&lng=es&tlng=es.
- Rigo, M. A., Roselló, J. C., & Méndez, J. m. (2018). *Prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. Islas Baleares: Consejería de Salud.
- Rioja, G. d. (2009). *Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión*. Rioja: Consejería de Salud de La Rioja.
- Ríos, M. d. (2017). Accidente Cerebro Vascular. *Boletín N°12 Enfermedades Crónicas no transmisibles*, 1-6.
- Rovere, M. (2016). Sistema de Salud de la Argentina, como campo, tensiones, estrategias y opacidades. *Revista Debate Público, reflexión de trabajo Social*, 24-41.
- Ruiz, M. R. (2015). *Protocolo de Cuidados en úlceras por presión*. Córdoba: Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía.
- Sampieri, H., R, C, F. C., & L., B. (2016). *Metodología de la investigación*. México: Interamericana.
- Soares, Cilene Fernandes ; Heideamann, Ivonete Teresinha Schülter Buss.(2018). Promoção da Saúde e prevenção da lesão por pressão: Expectativas do enfermeiro da atenção primária. Texto & contexto- Enfermagem, 27(2), e1630016.Epub May 03, 2018. [http:// doi.org/10.1590/0104-070720180001630016](http://doi.org/10.1590/0104-070720180001630016).
- Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Thomas, C. D. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55-62.
- Tonón de Toscano, G. (2009): Reflexiones Latinoamericanas sobre investigación cualitativa. La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. San Justo. Prometeo –UNLAM; 56-75.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del Sector salud. *Revista Medicina y sociedad.*, 83 y sucesivas.

- Cunill, G. N (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del Clad Reforma y Democracia* , Centro Latino americano de administración para el desarrollo. 46 ;41-72
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación Social. Reflexión Metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis S.A.
- Villodres, P. C. (Junio de 2017). *Cuidado de Enfermería: reflexiones entre dos orillas*. Recuperado el 10 de mayo de 2019, de Index de Enfermería, 26(1-2), 123-124: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100028&lng=es&tlng=es.

13 - Anexos

Anexo 13.1 - Encuesta a pacientes internados.

La siguiente encuesta tiene carácter de anónima. Está dirigida a los pacientes que están internados para la rehabilitación motora, psíquica y social en la Clínica San Miguel en el período 1 de Abril hasta el 30 de abril de 2020. Con el objetivo de conocer la prevalencia o la incidencia de lesión por presión.			
Marque con una x la respuesta.			
1- Sexo :	Femenino	Masculino	
2-Edad:			
3-¿ Qué nivel de estudio tiene?			
Primario completo	Secundario completo	Universitario completo	
4- Estilo de vida previo a la internación:			
Fumaba	Si	No	
Alcohol	si	No	
Ejercicio Físico	Si	No	
Comida	Si	No	
5- Enfermedades que padece :			
Hipertensión Arterial	Si	No	
Diabetes	Si	No	
Colesterol	Si	No	
Enfermedades cardiacas	si	No	
6- Motivo del ingreso al servicio			
Accidente Cerebro Vascular	SI	No	
Accidente automovilístico(lesión medular)	Si	No	
Aneurisma.	Si	No	

Otros	Si	No		
7-¿ Presentaba alguna úlcera al ingreso del servicio ?				
Si		No		
8-¿ Desarrolló alguna úlcera por presión este período de internación?				
Si		No		
9- ¿Si desarrolló alguna úlcera de qué grado?				
1°Grado	2° Grado	3° Grado		

Anexo 13. 2 - Cuestionario para conocer el manejo de las lesiones por presión.

Cuestionario de Lesiones por Presión		
Este es un cuestionario para solicitar su ayuda y no llevará mucho tiempo. El Cuestionario será utilizado para un trabajo final de una maestría en la Universidad Nacional de Rosario. El mismo será anónimo y confidencial. Muchas gracias por su colaboración.		
1- Profesión:	Si	No
Licenciada/o en enfermería		
Enfermero/a		
Auxiliar en Enfermería		
Médico/a Clínico/a		
Médico/a Fisiatra		
2- Edad:		
3-Tiempo de trabajo en la Clínica San Miguel:		
4- ¿Cuánto tiempo hace que se recibió?		
5- ¿Utiliza la escala de valoración Braden?		
Si	No	No conozco
6- ¿ Los pacientes en riesgo de Lesiones por presión y sus familiares son informados y educados al respecto?		
Si	No	No conozco
7-¿ Se aplican los cuidados de piel al paciente?		
Si	No	No conozco

8- ¿ Se utilizan medidas de prevención para evitar lesiones por presión?		
Si	No	No conozco
9- ¿Realizan las prácticas de " rotación de paciente"?		
Si	No	No conozco
10- En los cuidados: ¿ Se tiene en cuenta algún suplemento nutricional?		
11- ¿ Existe un Comité de Lesión por Presión en la Clínica?		
Si	No	No conozco
12- ¿ Recibe formación actualizada sobre Lesiones por presión ?		
Si	No	No conozco
13- ¿ Se realiza registro de la valoración y cuidado de Lesión por Presión?		
Si	No	No conozco

Anexo 13.3 - Registro observación participante

Registro de Observación de Prácticas de Cuidado		
Registro de observación	Comentario	Reflexión/ inferencia
Tipo de Actividad:		
Tiempo total:		
Participantes:		
Prácticas Materiales de cuidado:		
Programas/Es strategia/ instrumentos:		
Significado de las prácticas:		
Lenguaje no verbal:		
Corporalidad, gestualidad, tono de voz:		

Registro de Observación de Prácticas de Cuidado.		
Registro de observación	Comentario	Reflexión/ inferencia
Tipo de actividad:	Educación de los pacientes y familiares.	Se deduce que con esta observación y estas acciones la gran mayoría cumple con la función de educar a los familiares. y repiten la misma cosas o la misa acciones cuantas veces sea necesaria.
Tiempo total:	Hasta que se saturo la información.	

Participantes:	Enfermeras/os/ médicos/as clínicos/as, fisiatras.	
Prácticas Materiales de cuidado:	Explicación de cómo cuidar y prevenir las lesiones por presión.	
Programas/Est rategia/ instrumentos	La utilización de colchón antiescaras, aerosoles, parches, como movilizar al paciente en la cama. cómo trasladarlo de la cama a la silla, como realizar la higiene. como alimentarlo.	
Significado de las prácticas	Educar al familiar para que pueda afrontar la situación cuando le den el alta sanatorial.	
Lenguaje no verbal.	Mirada visual., paran para escuchar las dudas, acompañan en realizar la práctica, algunos se retiran mientras algunos familiares hacen algunas preguntas. hacen gesto con la mano diciendo que “después les explican”.	
Corporalidad, gestualidad, tono de voz	la mayoría utiliza un tono de voz tranquilo. suave. Otros. “ con un tono elevado de vos “ya le explique, después vuelvo”	

Registro de Observación de Prácticas de Cuidado		
Registro de observación	Comentario	Reflexión/ inferencia
Tipo de Actividad:	Cuidado de la piel	Se observó que los cuidados de la piel se dan a través de la utilización de los elementos mencionados antes. También se pudo observar que ni todos utilizan de manera correctas los parches, aerosoles, algunos no se fijan en el cuidado de evitar la fuerza por cizallamiento. Quieren terminar pronto el
Tiempo total:	Hasta que se saturó la información.	
Participantes:	Médicas/o, enfermeras/os, fisiatra.	

Prácticas Materiales de cuidado:	Rotación, uso de aerosoles, colchón antiescara, parches preventivos, ropa que aplique demasiada presión, la dieta, cizallamiento y roce en el cambio de pañal.	trabajo. Las indicaciones del cuidado de la piel, uso de crema, parches no son actualizados periódicamente.
Programas/Est rategia/ instrumentos:	La utilización correcta de los elementos como aerosoles, colchón antiescaras, la dieta, rotación, ropa que no aplique demasiada presión..	
Significado de las prácticas	Estas prácticas ayudan a prevenir la lesión en la piel.	
Lenguaje no verbal:	demonstraron una expresión seria, otros demuestran una sonrisa mientras realizan las prácticas.	
Corporalidad, gestualidad, tono de voz	presentan un tono de voz suave, otros hablan fuerte , demuestran un cansancio caminan con los hombros caídos, cabeza baja, no presentan contacto a través de la mirada.	

Registro de Observación de cuidado		
Registro de observación.	Comentario	Reflexión/ Inferencia.
Tipo de Actividad:	Medidas de prevención.	Se observa la disponibilidad de los insumos para realizar las medidas de prevención;
Tiempo total	8 Hs en el turno mañana, tarde, noche, Hasta que se repetía la observación.	Se nota el uso incorrecto del aerogal y el uso incorrecto y indebido de los parches;
Participante	Enfermeras/o, Médicas / os , clínicos, Médica fisiatra.	Que no hay una actualización periódica de los indicados en relación al uso de los parches;
Prácticas Materiales de cuidado.	EL uso de insumos como aerogal, colchón antiescara, rotación, higiene perineal,	Se observa la comunicación fluida del personal de enfermería con los pacientes y familiares mientras realizan los cuidados,

Programas/ estrategia/instr umentos.	La utilización correcta de las prácticas.	algunos hasta le ponen música que le gusta al paciente. También algunos entran a hacer su actividad y se retiran poco integración con el paciente y familiar.
Significa de las Prácticas.	Ayudan a prevenir las lesiones por presiones.	
Lenguaje No Verbal.	la rotación lo hacen con cuidado algunos, Otros los giran rápidos,	
Corporalidad, gestualidad, tono de voz	Charlan con los pacientes y familiares mientras realizan las actividades, hacen bromas entre compañeros, Muchas veces algunos ponen la música que le gusta al paciente mientras realizan las actividades.	

Registro de Observación de cuidado		
Registro de observación.	Comentario	Reflexión/ Inferencia.
Tipo de Actividad:	Rotación.	<ul style="list-style-type: none"> Se observó en todos los turnos ,que al menos dos veces por turno se realiza la rotación; Algunos pacientes también se lo sienta en una silla de rueda o sillón con la ayuda del arnaez; Que muchas veces hay una resistencia hacia paciente con obesidad para realizar muy seguido esta actividad, dónde se escucha que muchos refieren que realizan demasiada fuerza y con cuenta con la colaboración del paciente o familiar, muchas veces el compañero también está ocupado con otro paciente;
Tiempo total	8 Hs en el turno mañana, tarde, noche, Hasta que se repetía la observación.	
Participantes	Enfermeras/o, Médicas / os , clínicos/as, Médica fisiatra.	
Prácticas Materiales de cuidado.	La mecánica corporal, utilización de una arnaez la utilización de zalea	
Programas/ estrategia/instr umentos.	La mecánica corporal, utilización de un arnaez la utilización de zalea,	
Significa de las Prácticas.	Evitar la lesión por presión	
Lenguaje No Verbal.	Movimiento bruscos, demasiado rápido cuando realizan la actividad. Algunos con delicadeza.	

Corporalidad, gestualidad, tono de voz	Presentan un tono de voz suave, otros no dicen nada, simplemente realizan.	
--	--	--

Registro de Observación de cuidado		
Registro de observación	Comentario	Reflexión/ Inferencia.
Tipo de Actividad:	Suplemento nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> Se observó que los más utilizados son : fortisip , fortisip max, ensure, glucerna , jevity . También se observó que no hay un control si el paciente consume o no el suplemento. Dejan el suplemento en la mesa y se van;
Tiempo total	8 Hs en el turno mañana, tarde, noche, Hasta que se repetía la observación.	
Participante	Enfermeras/o, Médicas / os , clínicos/as, Médica fisiatra.	
Prácticas Materiales de cuidado.	El uso de suplementos ayuda a prevenir las lesiones en la piel.	
Programas/ estrategia/ instrumento s.	Se utilizan varios suplementos: forsit, glucerna, jevity,ensure.	
Significa de las Prácticas.	ayuda a prevenir lesiones en la piel.	
Lenguaje No Verbal.	Muchos dejan los suplementos en la mesa , se retiran.	
Corporalidad, gestualidad, tono de voz	Usan un tono de voz bajo algunos: aqui dejo el suplemento.otros hace seña con la mano y lo dejan en la mesa	

Registro de Observación de cuidado		
Registro de observación	Comentario	Reflexión/ Inferencia.

Tipo de Actividad:	Comité de lesiones por presión.	Se observó que no existe un comité de lesiones por presiones. sino que hay un grupo de médicos/as que van indicando los procedimientos. Algunos involucran a enfermería en la toma de decisión, teniendo en cuenta lo registrado o las observaciones oral que hace enfermería.
Tiempo total	8 Hs en el turno mañana, tarde, noche, Hasta que se repetía la observación.	
Participantes	Enfermeras/o, Médicas / os , clínicos/as, Médica fisiatra.	
Prácticas Materiales de cuidado.	Equipo con varios profesionales que determinan cuidados, y prácticas a implementar.	
Programas/ estrategia/ instrumento s.	Crear criterios para prevenir las lesiones por presión . Unificar medidas de trabajo y valoración de cuidados y tratamientos para lesión por presión.	
Significa de las Prácticas.	Ayudar a prevenir las lesiones por presión	
Lenguaje No Verbal.		
Corporalidad, gestualidad, tono de voz		

Registro de Observación de cuidado		
Registro de observación	Comentario	Reflexión/ Inferencia.
Tipo de Actividad:	Formación	Se observó que no hay momento de formación sistemática. también muchos refieren que no tienen tiempo para la formación. Se percibió que cuando empiezan a utilizar algún parche nuevo o algún tipo de curación nueva, el médico le explica a los enfermeros de turnos y estos van explicando a los demás.
Tiempo total	8 Hs en el turno mañana, tarde, noche, Hasta que se repetía la información.	
Participante	Enfermeras/o, Médicas / os , clínicos/as, Médica fisiatra.	

Prácticas Materiales de cuidado.	Actualizaciones y formaciones ayudan a brindar una atención de calidad.	
Programas/ estrategia/ instrumento s.	Conocimiento para la utilización de nuevas prácticas para prevenir lesión por presión.	
Significa de las Prácticas.	Ayuda a actualizar el conocimiento para brindar cuidados con eficacia.	
Lenguaje No Verbal.	La mayoría demuestra una	
Corporalidad, gestualidad, tono de voz	algunos se ríen como una sonrisa nerviosa, porque no hay momento de formación y ni espacios para poder realizar;	

Registro de Observación de cuidado		
Registro de observación	Comentario	Reflexión/ Inferencia.
Tipo de Actividad:	Registro	Se observó que no realizan el registro, algunos describen nada "rotado", "curados". pero no describen las prácticas. También se observó que muchas veces están sobrecargados , muchos refieren que no les alcanza el tiempo para registrar.
Tiempo total	8 Hs en el turno mañana, tarde, noche, Hasta que se repetía la observación.	
Participante	Enfermeras/o, Médicas / os , clínicos/as, Médica fisiatra.	
Prácticas Materiales de cuidado.	En esta práctica se utiliza una hoja de enfermería para registrar las acciones de enfermería. rotación curación. Describir la presencia de lesión en la piel, el grado, que tipo de elemento se utiliza para realizar las curaciones, cada cuánto tiempo.	

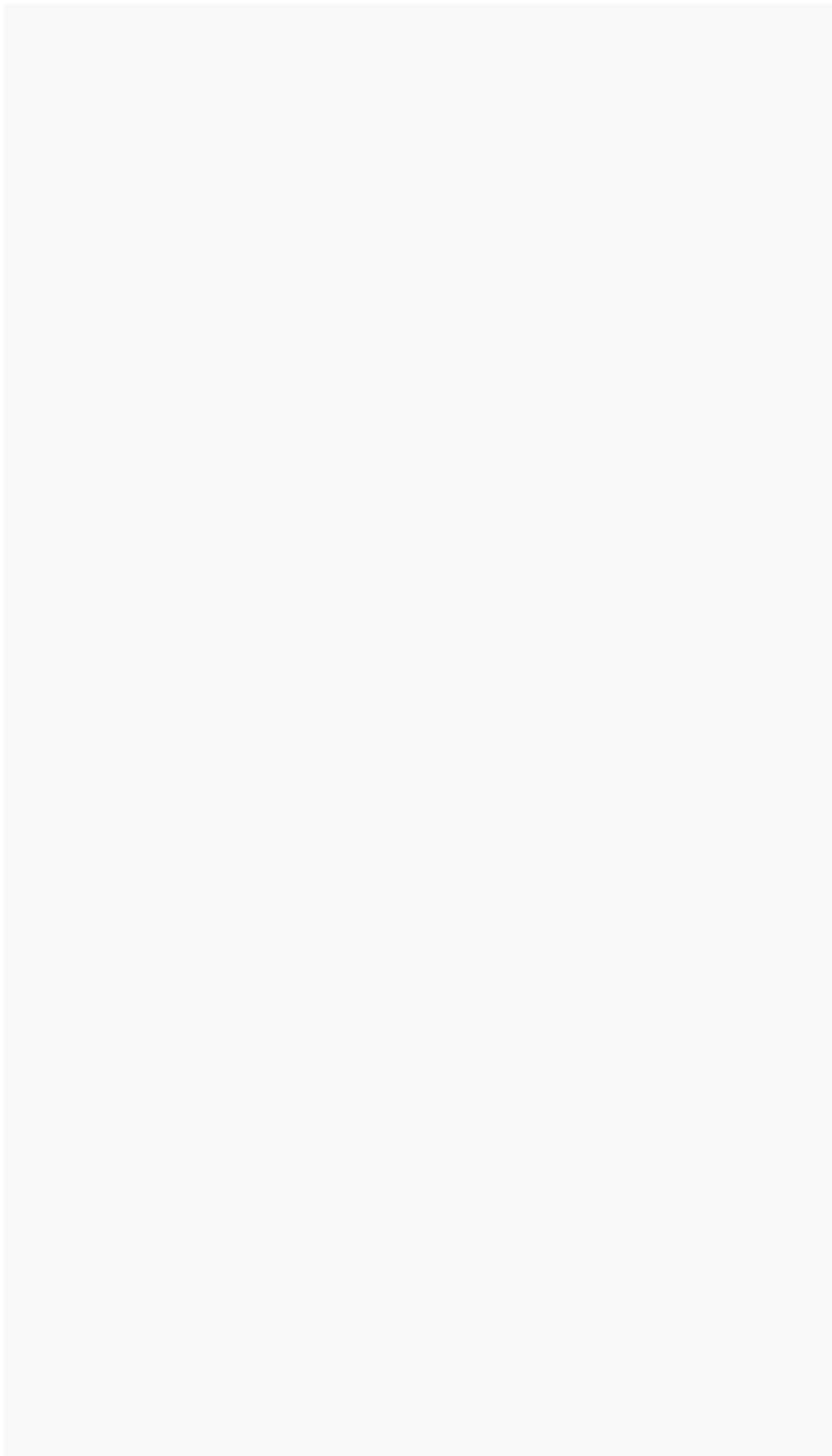
Programas/ estrategia/ instrumento s.	hoja de registro	
Significa de las Prácticas.	Es un instrumento legal, ayuda acompañar la evolución de la lesión, o ayuda a prevenir a través de los registro de los tipos de prevención que se realiza durante los distintos turnos.	
Lenguaje No Verbal.	Algunos presentan un rostro cansado, mientras realizan el registro.	
Corporalida d, gestualidad, tono de voz	Algunos refieren “para qué perder el tiempo escribiendo, si no pasa nada, nadie se fija”	

Anexo 13. 4- Entrevista.

Entrevista
1- ¿Cómo realiza la valoración al ingreso?
2- ¿De qué forma y cómo se realiza la educación?
3-¿Cuáles son esos cuidados de la piel?
4-¿Cuáles son esas medidas de prevención que utilizan?
5-¿Cómo y con qué frecuencia realizan la rotación de pacientes?
6-¿Cómo se determina la necesidad nutricional y cual suplemento se utiliza?
7-¿Cómo reciben esa formación y con cual frecuencia?
8-¿Que, como y donde se realiza el registro de valoración?
9-¿ Desea acrecentar algo ?

Anexo 13. 5- Consentimiento Informado

Consentimiento Informado.	
<i>Estoy de acuerdo en la realización del cuestionario por parte de la estudiante de Maestría en Gestión de Sistemas de Salud del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario – UNR, (abajo firmante). Entiendo los propósitos del cuestionario, que no existe ningún riesgo y que se maneja bajo parámetros éticos de confidencialidad. Comprendo que estoy en mi derecho de participar o no. Por eso aceptó participar.</i>	
<i>Firma del entrevistado</i>	JUCELIA GHENO DNI: 94016512



Anexo 13. 6- Respuesta de la entrevista.

1- ¿Cómo realiza la valoración al ingreso?

- Evalúo la turgencia, humedad y color de la piel, así como también la capacidad motora del paciente para poder movilizarse por sus propios medios, también evalúo las fuerzas de cizallamiento con las sábanas, tiempo que el paciente permanece en una misma posición, entre otras.
- En caso de especificar a detalle si el paciente presenta una escara o úlceras por presión, principalmente en el ingreso al servicio que se le brinda.
- La valoración la realiza al observar la herida que cursa el paciente de manera de que tamaño, profundidad y lugar cursa la lesión. Edad del paciente, movimientos que puede realizar, utiliza pañal, la familia se ocupa. Se observa área afectada para prevenir el riesgo.
- Evaluando por ítems de la escala.

2- ¿De qué forma y cómo se realiza la educación ?

- Verbalmente y con material educativo.
- Como primera instancia comunicar al pte y o fijar la importancia de cuidados e integridad de la piel con respecto a la escasa o nula movilidad. La importancia de rotación frecuencia, la importancia de no permanecer por tiempo prolongado en la misma posición, si tiene la posibilidad de incorporarse mejor, salir de la cama..
- Los educó de manera verbal y práctica, es decir, informando sobre cuáles son los factores de riesgo para desarrollar dicha úlceras, asimismo, le muestro cuales son las técnicas para prevenir dicha patología, por ejemplo, les enseñó a rotar al paciente e identificar signos y síntomas de posibles upp.
- Se le explica al nivel de comprensión del paciente, se le muestra cómo se hace y se le explica la importancia del cuidado de la lesión.

- Si existiera la posibilidad de educar en conjunto con el familiar es de mayor provecho.

Cuidados de la piel.

- Evitar calzados y ropa que pueda lesionar. Higiene general. Correcto secado. En caso de pacientes postrados rotar su posición regularmente
- De manera y forma que el paciente y familiar puedan entender la lesión o herida que cursa el paciente y los cuidados que se deben tener en cuenta para curar las mismas.
- Explicando de forma clara y paciente los recaudos que se deben tener en cuenta para evitar las lesiones y trabajando en conjunto con la familia
- Explicar la importancia de moverse en la cama, de rotar, de no quedarse con el pañal mucho tiempo y si es posible utilizar la chata.
- Se educa y se informa acerca de las consecuencias que produciría la falta de movilidad o rotación de paciente.
- Se les explica el acondicionamiento del paciente. Y el equipo de kinesiología también colabora en la educación.
- Se lo educa al momento de rotación especificando el cuidado y en la higiene del mismo.
- Se le informa que debe rotarse colocar aerogal crema humectante colocar almohadones.
- Explicación sencilla, asegurandome que lo comprenda y si es posible con ejemplos.
- Se les informa de los métodos de prevención de úlceras y posibles escaras.
- Explicación verbal sobre la forma de prevenir las úlceras.
- Se pide ayuda para su rotación.

- Con ayuda de profesionales.
- Desconozco.

3-¿Cuáles son esos cuidados de la piel?

- Cambios posturales, aerosoles de silicona, colchones anti escala, parches de Hidrocoloide y curaciones según necesidad de cada paciente.
- Posicionales con equipamiento, aerogal, parches preventivos rotaciones.
- Evitar humedad excesiva, crema en zonas irritadas, evitar roces en la cama, cambio frecuente de pañales.
- Buena hidratación.
- Rotando al paciente.
- Se colocan parches hidrocoloides. Aerogal.
- Colocación de aerogal en prominencias óseas. Rotación del paciente. Elevar talones. Platsul.
- Rotación, aerogal, hipoglos, parches hidrocoloides, cremas tópicas, colchón Rotación cada 3 o 4 hs en caso que el paciente tenga movilidad reducida.
- Aerogal en puntos de apoyo .
- Hidratación v.o.
- Cremas corporales con masajes para estimular la circulación en prominencias óseas.
- Evitar zonas húmedas.
- Evitar ropa que aplique demasiada presión por ejemplo elásticos .
- Higiene corporal diaria.
- Mantener pliegues limpios y secos.
- Rotar al paciente de posición, utilizar medidas de protección como colchón antiescara u aerosoles y cremas como prevención de las mismas.
- Aerosoles preventivos y rotación.
- La rotación de posición cada determinado tiempo, la aplicación de productos diseñados para el cuidado de la piel, etc.

- Rotar, colocar cremas y/o aerosoles correspondientes, mantener la ropa de cama en condiciones.
- Rotación y colocación de parches y aerosol.
- Rotar al paciente, educar a la familia sobre dicho procedimiento, así como también identificar signos y síntomas de upp, aplicación de aerogal en sitios de apoyo, según indicación médica, dieta del paciente, evitar fuerzas de cizallamiento, entre otras.
- Aseo diario con jabón no irritante. Mantener la piel limpia y seca. Cambios de posición cada 3 hs. Evitar sustancias irritantes en la piel. Utilizar cremas hidratantes. Examen físico diario buscando lesiones en puntos de apoyo.
- Se utilizan cremas humectantes, colchones antiescaras, rotación de pacientes , aerosol como aerogal.
- Cremas , aerosoles , parches , almohadas.
- Aseo diario ropa de cama adecuadas, como ropa de algodón, que la piel esté limpia, libre de humedad, hidratada, evitar rugosidad de ropa personal y de cama, para comodidad del pte.
- Rotación posicional.
- Aerosol de silicona.
- Apósitos preventivos en sitios de apoyo.
- Ungüentos y crema.
- En caso de que paciente demande colaboración en higiene o para movilizar de aplicación de antiescaras (aerogal) cremas con gasas, o parches de ser necesario. y evitar el apoyo prolongado de la zona evitando así lesiones.

4-¿Cuáles son esas medidas de prevención que utilizan?

- Cambios posturales, aerosoles de silicona, colchones anti escala, parches de hidrocóide y curaciones según necesidad de cada paciente.
- Colchón antiescaras, aerogal, cambios de decúbito, almohadas o separadores entre prominencia óseas, mantener la nutrición del paciente.

- Cambios de posición, alivio de presión en puntos de apoyo con almohadones por ejemplo y el uso de aerogal.
- Movilización del paciente.
- Rotación de posición.
- Aerogal en puntos de apoyo.
- Colocación de colchón antiescaras.
- Parches hidrocoloides en zonas de prominencias.
- El colchón antiescaras , se coloca aerogal en prominencias óseas, rotación cada 3 o 4 hs. Parches hidrocoloides
- Colchón antiescaras. Rotación del pte.
- Rotación, aerogal, hipoglos, parches hidrocoloides, cremas tópicas, colchón antiescaras, mantener pliegues limpios y secos
- Rotación, aerosoles o cremas y colchones inflables
- Rotación y aerogal.
- Colchón antiescara, etc.
- Colchones antiescaras, aerogal.
- Medida de prevención.
- Rotar al paciente, educar a la familia sobre dicho procedimiento, así como también identificar signos y síntomas de upp, aplicación de aerogal en sitios de apoyo, según indicación médica, dieta del paciente, evitar fuerzas de cizallamiento, entre otras.
- Evitar la presión mantenida sobre los puntos de apoyo óseos como talón. Sacro, dorso y hombros. Cambios de posición cada 3 hs.
- La rotación de paciente el colchón antiescaras , y cremas.
- Colchones antiescaras , rotación de paciente.
- Colchones antiescaras.
- Parches antiescaras.
- Rotación del paciente cada 2 hs.
- Colocación de aerosol, en zonas de punto de apoyo.
- Rotar de posición.
- Aerosol de silicona.
- Apósitos preventivos en sitios de apoyo.

- Ungüentos y crema.
- Una de las medidas será el uso de aerogal o un antiescaras o rotación de pacientes para evitar el apoyo en zonas puntuales del cuerpo. El uso de colchón antiescaras.

5- ¿Cómo y con qué frecuencia realizan la rotación de pacientes?

- Cada 2-4 hs, y dependiendo de la patología.
- Sedestación del paciente al menos una vez al día de ser posible, o cambio de decúbito cada 4 o 6 hs o según necesidad.
- Dependiendo de la patología del pte y la tolerancia a los cambios de posición pero dentro de las 4 horas aproximadamente.
- Cada 2 hs a 4 hs contestaron 10 personas.
- Con ayuda de zaleas para facilitar el movimiento del paciente postrado y usando almohadones o elementos específicos para reducir la presión sobre un mismo punto de apoyo.
- Rotar cada 2 hs de cubito lateral y en lo posible sentar al paciente.
- Dependiendo de la capacidad motora evalúo la mejor manera de realizar dicho procedimiento cada 3 o 4 horas.
- En dependencia de la patología del paciente se debe procurar su rotación corporal entre el decúbito lateral derecho, izquierdo y supino.
- Según la indicación médica , en caso de no existir tal indicación se rota cada tres horas o cada vez que se realice una práctica como por ejemplo higiene perineal.
- Tratar de que los puntos de presión estén libres, para evitar formación de lesiones.
- Intercambiando posiciones en decúbito supino y lateral hacia ambos lados con la asistencia de Zaleas. Se realizan dependiendo necesidad y posibilidad cada 2, 3 o 4 hs.
- 2-4 horas o en caso de ser necesario menos. rotación con sales, con almohada en bloque. o bilateral, y elevación de piernas o cabeza.

6-¿Cómo se determina la necesidad nutricional y cual suplemento se utiliza?

- Con asistencia de nutricionista.
- Desconozco.
- Es evaluado por el servicio de nutrición.
- De acuerdo al peso y al estado proteico calórico en conjunto con servicio de nutrición se selecciona la dieta y el suplemento nutricional necesario.
- Lo maneja nutricionista.
- De acuerdo al estado nutricional del paciente.
- Si hiciera falta se aumenta la ingesta de proteínas.
- No se como se hace.
- Se comienza a trabajar con equipo de nutricionistas quienes evalúan e indican suplementos de acuerdo al estado del pte.
- Beber bastante agua.
- Lo que realiza el profesional de enfermería es valorar el estado físico del paciente y comunicárselo al médico tratante para que él mismo realice una valoración al paciente e indique los nutrientes necesario que debe consumir el paciente.
- Distintos tipos.

..La necesidad nutricional la determina el equipo de nutrición... y los suplementos más utilizados son: Fortisip, Fortisip Max, Ensure y Glucerna en sus diferentes presentaciones, diben, entre otros.

- Supongo que *Ensure*.
- No conozco ningún suplemento nutricional.
- Según su IMC y los requerimientos energéticos del paciente se determina si es suficiente con el alimento proporcionado por sng u oral. Y si este no alcanza a cubrir las necesidades básicas se agrega suplemento nutricional a criterio del Nutricionista. En la práctica utilizamos Secalbum. Fortisip entre otros.
- Según la indicación médica varias veces se indican suplementos nutricionales.
- Según diagnóstico clínico.
- El equipo de nutricionista, junto con el médico evalúa, dicho tratamiento,
- Por resultados en estudios tanto sanguíneo como urológico.

- Se determina en base si el paciente tolera dieta o no y qué tipo de dieta. y la cantidad de ingesta. aparte del consumo de líquido. algunos suplementos que conozco son el ensure (advance-plus o drink) y fortimel.

7-¿Cómo reciben esa formación y con cual frecuencia?

- Mensualmente
- No
- En residencia,cursos,jornadas y actualmente online
- No la recibo. De ser necesario actualizar el tema recurriendo a bibliografía y artículos científicos sobre el tema
- En la universidad y cursos de actualización.
- Busco información en internet.
- Eliminar dudas con los profesionales de la Clínica.
- He asistido a cursos en y fuera de mí ciudad.
- Muy poca capacitación.
- No recibo.
- La información recibida en mi lugar de trabajo es por información de enfermería- médico ; Valoración de la lesión e indicaciones de la misma.
- No se recibe en la clínica. Si cada uno debería informarse y capacitarse para dar mejor atención al paciente.
- Desconozco la formación.
- Con material bibliográfico, una vez por año.
- A pesar de ser un tema muy importante, no es frecuente encontrar cursos de lesiones por presión.
- No recibimos ninguna información.
- En la formación académica.
- No hemos recibido..
- Folletería ocasional.
- No recibo.

8-¿Qué, cómo y dónde se realiza el registro de valoración?

- Se evalúa grado de escara I a IV según compromiso de tejido
- No lo realizó.
- En internación en cama.
- El médico clínico en conjunto con el enfermero valoran y realizan el seguimiento y las curaciones. En caso de ser un paciente en seguimiento por el servicio de rehabilitación es la médica fisiatra quien lo evalúa necesitando en algunos casos evaluación de cirugía plástica.
- Generalmente el registro diario con la higiene y confort.
- Se registra en la hoja de Enfermería.
- Se informa verbalmente al médico tratante que hace la revaloración, la trata y si fuera insuficiente pide interconsulta con la especialista en Fisiatría.
- Se registra en la hoja de enfermería .
- En el registro de enfermería.
- El registro de la lesión queda en la historia clínica del paciente con la explicación que cursa la herida y la curación que se realizó o se debe realizar ; y de manera manuscrita.
- Se realiza en la hoja de enfermería, exponiendo las características de la lesión, y conforme transcurre el tiempo la mejoría o no de la misma
- Si se registrara en la hoja de enfermería.
- Desconozco.
- Se evalúa la turgencia, color, y humedad de la piel en los sitios de apoyo principalmente, esta evaluación se realiza constantemente en la clínica, y se deja constancia en el registro de enfermería.
- Se realiza en el examen físico diario y se plasma en la historia clínica.
- Se registra en la historia clínica del paciente en la parte de enfermería ,se registra las curaciones y como se realiza tal curación y con qué frecuencia y como se observa tal herida.
- Se registra en la historia clínica del paciente.
- En nuestro caso registramos en registro de enfermería, rotación, colocación de spray en puntos de apoyo,
- Se registra enrojecimiento, humedad, referencias de dolor(en casos donde el pte es consciente) y cómo se realiza el cuidado.

- Se registra de forma escrita en puño y letra dentro del reporte enfermero de cada paciente.
- En hojas de enfermería e indicaciones médicas.

9- Comentarios sentidos:

- Preguntar a los enfermeros si saben la clasificación por grados de las lesiones.
- Es importante la capacitación del personal de salud, del paciente y los familiares para prevenir las upp y maximizar la eficacia de los cuidados.
- Sería importante que se organicen protocolos para unificar la valoración inicial y la selección de los tratamientos manifestado por 4 personas.
- Siempre trabaje en maternidad no tengo mucha idea por ese tem
- Se necesita capacitación y actualización constantemente. Y lamentablemente el lugar de trabajo no le dan prioridad a estos y demás temas.
- Se podría consultar si conocen la escala de valores. Y se conoce el las capas de la piel y cómo cuidarla.
- Se está haciendo un buen trabajo en la clínica... No hay tantos casos de úlceras por presión como antes.
- Quisiera actualizar información sobre el tema.
- Sería de mucha ayuda, estar actualizados y capacitados para un mejor accionar ,y un mejor cuidado integral al paciente, como así también poder educar al paciente y familiar, para un cuidado completo y eficaz..
- ¡Queremos actualizarnos

Anexos 13. 7- Fotográficos.

Fuente: Fotos sacadas con permiso de la Institución y de los pacientes. Utilizando erogal, parche hidrocoloide y el arnaez para movilizar el paciente.

Anexo 13.8- Protocolo

Valoración y Registro de las Lesiones Por Presion				
Fecha de Ingreso	03-12-2020			
Nombre:	[Redacted]			
Apellido:	[Redacted]			
Edad:	44 años			
Diagnostico:	Cuadriplegia por coita			
Antecedentes:	OBTI hipertens			
Escala de Valoración Riesgo: Escala de Braden				
Percepción Sensorial	Completamente limitada (1) <input checked="" type="checkbox"/>	Muy Limitada (2).	Ligeramente limitada(3).	Sin limitaciones (4).
Exposición a la humedad	Constante humedad (1). <input checked="" type="checkbox"/>	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente humedad (3).	Raramente Humedad (4).
Actividad	Encamado/a (1). <input checked="" type="checkbox"/>	En silla (2).	Deambula Ocasionalmente(3).	Deambula Frecuentemete (4).
Movilidad	Completamente inmóvil (1). <input checked="" type="checkbox"/>	Muy limitada (2).	Ligeramente limitada (3).	Sin limitaciones (4).
Nutrición	Muy pobre (1) <input checked="" type="checkbox"/>	Probablemente inadecuada (2).	Adecuada (3)	Excelente (4).
Roce y peligro de lesiones	Problema (1). Requiere Moderada y maxima asistencia. <input checked="" type="checkbox"/>	Problema potencial(2). Se muee muy débilmente o requiere de minima asistencia.		No existe problema aparente (3).
Clasificación de riesgo		Resultado		
Alto Riesgo:	Puntuación Total <12.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Riesgo Moderado:	Puntuación total 13-14			
Riesgo Bajo	Puntuación Total 15-16 si es menor de 75 años. Puntuación total 15-18 si es mayor o igual de 75 años.			
Fuente: Elaboracion propia en base al libro Bases para la implementación de un Programa de Prevención Diagnóstico y Tratamiento de las úlceras por presión. Acad. Fortunati Benaim y Acad. Jorge Neira pag. (2016).				
Valoracion de presencia de lesion.				
Localizacion lesiones al ingreso	Grado -Estadio	Antigüedad de lesión(fecha de aparición)	Nuevas lesiones	Localización de las nuevas lesiones
Sí	IV - Sacra	no se sabe	28-10-2020	Tatela - grado I
-	-	-	17-11-2020	No
Estadio 0 Inclasificable (desbridamiento).	Estadio 1 Eritema cutáneo en piel sana	Estadio 2 Pérdida parcial de epidermis o dermis	Estadio 3 Pérdida total del grosor de piel	Estadio 4. Lesión de tendón, músculo, otros
Cuidados y tratamiento				
Tratamiento	Sí	No	Tipo	Hora /Fecha/ Firma
Desbridamiento	<input checked="" type="checkbox"/>			04/10/2020 [Firma]
Apositos	<input checked="" type="checkbox"/>			04/10/2020 [Firma]
Terapia de presion negativa				

Cámara Hipertábrica				
Crema				
Antibióticos	X			04/10/2020 <i>[Signature]</i>
Rotar	X			04/10/2020 <i>[Signature]</i>
Colchon antiescara	X			04/10/2020 <i>[Signature]</i>
Suplemento nutricional	X			04/10/2020 <i>[Signature]</i>
Higiene perineal	X			04/10/2020 <i>[Signature]</i>

