

Factores contributivos en lesiones por presión

Factores contributivos determinantes en lesiones por presión (LPP) en pacientes atendidos en Cuidados Intensivos durante el primer semestre 2021 en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja (E.S.E. HUSRT).

Aida Patricia Medina Jiménez

Franky Alexy Ortiz Peña

División de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables

Especialización en gerencia de instituciones de seguridad social en salud

Tutor

Doctor Walter Hernando Puerto Gómez

20 agosto de 2021

Agradecimientos

A nuestras familias, por la paciencia, dedicación y cuidado en este proceso

A la dirección de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja, por la confianza y apoyo incondicional,

Al doctor Walter Hernando Puerto Gómez por sus orientaciones y acompañamiento

A la Universidad Santo Tomás por brindar la oportunidad de conocer a los mejores docentes

RESUMEN

Las LPP son un indicador de calidad de la atención, la prevención es la piedra angular, su ocurrencia demanda manejo especializado, incrementa el consumo de recursos, y retarda la recuperación del paciente. Esta condición clínica tuvo un incremento durante el primer semestre del año 2021, en los pacientes ingresados a la UCI. La finalidad del estudio es describir las características de las LPP y factores determinantes, identificar su incidencia, establecer fallas activas y factores contributivos asociados que favorecieron su aparición. Mediante un estudio con enfoque observacional descriptivo, corte transversal, tomando como muestra los registros clínicos de pacientes (n=28) atendidos en la UCI.

La media de edad fue de 58 años, el 76% en hombres y 24% mujeres, el 71% corresponden a LPP, el 11% a LPP por dispositivos sanitarios, el 50% de LPP fueron categoría I, el 35% categoría II, la localización más frecuente región facial (29%), el 45,7% de los pacientes presentaron como diagnóstico Neumonía por SARS-CoV-2, la incidencia de LPP fue de 1,89 pacientes (X 100/egresos). Las principales fallas activas fueron la no valoración diaria de la piel (19%), la no identificación temprana de signos de lesión (18%), el no uso o uso inadecuado de insumos de tecnología (18%) y la no comunicación al momento de la detección (16%). Los factores contributivos determinantes fueron los relacionados con equipo de trabajo, individuo y ambiente con el 23% respectivamente. Los cuidados del paciente son la base para prevenir la aparición de LPP, es fundamental la capacitación continua, el liderazgo y comunicación asertiva, para favorecer la aplicación de procesos institucionales estandarizados, que permitan reconocer e instaurar manejo oportuno y apropiado.

Palabras clave: Lesiones por presión, SARS Cov-2, Factores contributivos, Seguridad del paciente, fallas activas, Cuidados intensivos, Protocolo Londres.

ABSTRACT

LPPs are an indicator of quality of care, prevention is the cornerstone, their occurrence demands specialized management, increases the consumption of resources, and delays the recovery of the patient. This clinical condition had an increase during the first semester of the year 2021, in patients admitted to the ICU. The purpose of the study is socio-demographically the patients character, describe the characteristics of the LPP and determining factors, identify their incidence, establish active failures and associated contributory factors that favored their appearance. Through a study with a descriptive, cross-sectional, observational approach, taking as a sample the clinical records of patients (n = 28) treated in the ICU.

Factores contributivos en lesiones por presión

The mean age was 58 years, 76% in men and 24% women, 71% corresponded to LPP, 11% to LPP for sanitary devices, 50% of LPP were category I, 35% category II, the most frequent localization facial region (29%), 45.7% of the patients presented as a diagnosis Pneumonia by SARS-CoV-2, the incidence of LPP was 1.89 patients (X 100 / discharges). The main active failures were the non-daily assessment of the skin (19%), the non-early identification of signs of injury (18%), the non-use or inappropriate use of technology inputs (18%) and the non-communication at the moment detection (16%). The determining contributory factors were those related to work team, individual and environment with 23% respectively.

Patient care is the basis to prevent the appearance of LPP, continuous training, leadership and assertive communication are essential to favor the application of standardized institutional processes, which recognize and establish timely and appropriate management.

Keywords: Pressure injuries, SARS Cov-2, Contributing factors, Patient safety, active failures, Intensive care, London Protocol.

INTRODUCCIÓN

Para Torra-Bou et al (2017), las lesiones por presión son un importante problema de salud con una gran repercusión epidemiológica y un gran impacto a nivel de salud y calidad de vida que genera importantes costes para las personas, instituciones y sistemas de salud. (p. 83)

Las lesiones por presión, son un indicador de calidad de la atención en salud, la identificación del riesgo de padecerlas, así como la instauración de acciones preventivas, son la piedra angular para controlar esta entidad considerada como un suceso involuntario, asociado a la atención en salud y de carácter prevenible en un 95% de los casos.

Su ocurrencia además de las repercusiones en la condición clínica del paciente generan un gran impacto económico, tanto para el Sistema de Salud como para los entornos de los pacientes que las sufren, siendo costos directos los relacionados con el tratamiento, el tiempo de los profesionales, el costo en materiales, el aumento de la estancia hospitalaria y los costos relacionados con las complicaciones. Costos indirectos, a nivel individual o personal, en el que se destacan la restricción en la actividad laboral de pacientes y cuidadores, costos de cuidados informales o de equipamiento especial, además de costes indirectos para la sociedad en forma de años de vida perdidos, costos legales, utilización de recursos sociosanitarios. Torra-Bou et. al (2017, p. 84)

El Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas - [GNEAUPP] (2014, P. 42) define las úlceras por presión y cizalla como:

una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes

Factores contributivos en lesiones por presión

materiales o dispositivos clínicos, los cuales se utilizan para fines diagnósticos y terapéuticos, como sondas, cánulas y catéteres vesicales. Son consecuencia directa del aplastamiento tisular entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (hueso) y otro extremo a él (lecho, sillón, dispositivo terapéutico, etc)

Según Patiño Jiménez et al., (2020, p. 8) las lesiones por presión se clasifican en

Categoría I: Eritema no blanqueable, piel integra. Categoría II: Pérdida parcial de la piel con exposición de la dermis. Categoría III: Pérdida de piel de espesor total Categoría IV: Pérdida del espesor total de la piel y tejidos blandos (+) Inestadiable/Sin Clasificar: Lesión por presión no estadiable. Pérdida del espesor total de la piel y tejidos blandos de profundidad desconocida por los esfacelos (amarillo, canela, gris, verde o marrón) y/o tejido necrótico (beige, marrón o negro) en el lecho de la herida. (*) Lesión de los tejidos profundos: Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre: doble eritema, debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla.

Las lesiones por presión son una entidad importante por su incidencia y alta prevalencia, así como por las repercusiones asociadas. Son una complicación trágica pero evitable de la inmovilidad que afecta a la calidad de vida de los pacientes, llegando incluso a ocasionarles la muerte. (Medina, 2020, p. 5).

La prevalencia de LPP en cinco países de Europa (Bélgica, Italia, Portugal, Suecia y Reino Unido) según la investigación realizada por Vanderwee, Clark, Dealey, Gunningberg y Defloor (2007) grado 1-4, fue del 18,1% y si se excluyen las úlceras de grado 1, fue del 10,5% . El sacro y talones eran los lugares más afectados. Sólo 9,7% de los pacientes en necesidad de prevención reciben atención preventiva completamente adecuada. (p. 1)

De acuerdo a lo citado por Palacio y Villegas (2021, p. 24)

En un estudio nacional de prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles en el año 2017 se encontró que la prevalencia de LPP en hospitales en 2017 de 7%. En el mismo sentido relatan que en Colombia se hizo un estudio descriptivo transversal de prevalencia de periodo. Muestra obtenida de 310 encuestas online de enfermeras de Colombia de prevalencia de las lesiones por presión a

Factores contributivos en lesiones por presión

nivel nacional en el año 2017. Los resultados son novedosos porque reportan la prevalencia total de LPRCs¹ de 5,2% que incluyen UPPs², MARSI³, Skin Tears⁴, LPD⁵, UV⁶ y UA⁷.

Según el Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, la tasa de úlceras por presión reportada en Colombia para el primer semestre del año 2021 fue de 3,77 por mil días (2021), lo cual indica que por cada mil días de estancia hospitalaria se presentan 3,77 úlceras por presión.

La condición clínica de los pacientes ingresados a la UCI adultos principalmente relacionada con la presencia de Neumonía por SARS-CoV 2, como uno de los diagnósticos preponderantes identificados en este estudio conlleva a la necesidad imperante de instaurar medidas salvadoras en los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos (UCI) por presentar distrés respiratorio agudo, como lo es el posicionamiento en decúbito prono para mejorar la mecánica ventilatoria, el cual aunado a la severidad de la condición clínica del paciente, comorbilidades asociadas como la obesidad, diabetes mellitus, enfermedades pulmonares crónicas y la influencia de factores administrativos como la apertura de nuevas camas UCI, recurso humano limitado, no entrenado, recursos tecnológicos para el cuidado de la piel insuficientes o inexistentes, situaciones que han conllevado al incremento de la aparición de las Lesiones por Presión en las prominencias óseas y demás zonas de apoyo vinculadas a esta posición. (Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas - [AIACH], 2020, p. 3).

Las LPP representan uno de los sucesos relacionados con la atención en salud en el paciente ingresado a unidad de cuidado intensivo durante el primer semestre de 2021, las consecuencias que estas generan entre los que se encuentran el desgaste físico, emocional, carga económica y social del entorno familiar, lleva a hospitalizaciones prolongadas, con el consecuente consumo de recursos materiales y humanos, lo cual se traduce en altos costos para los sistemas de salud, (Medina, 2020, p. 5), el retraso en la recuperación, la morbilidad asociada y el impacto económico para el sistema de salud, hacen que esta entidad se convierta en un problema de salud pública mundial, repercutiendo en los costos para el sistema de salud afectado por la crisis actual. En el estudio realizado por Sullivan N, Schoelles K.M. (2012) (citado por Minsalud, 2015), se estima

¹ Lesiones de piel relacionadas con el cuidado

² Úlcera por presión

³ Lesiones de la piel por adhesivo cutáneo

⁴ Heridas laceradas son un tipo de heridas muy frecuentes principalmente en ancianos frágiles

⁵ Lesiones por pie diabético

⁶ Úlcera de pierna de origen venoso

⁷ Úlcera de pierna de origen arterial

Factores contributivos en lesiones por presión

que se gastan 2700 USD y que, previniendo las úlceras, se disminuye entre 12 y 15 semanas el gasto de 40000 USD en tratamiento. (p. 30)

En el caso de Colombia se encuentra que los costos en la atención de pacientes que presentan lesiones por presión se elevan al tener que utilizar dispositivos tecnológicos para remediar las LPP, tratamientos para el alivio del dolor, intervenciones quirúrgicas, aumento de los días de estancia hospitalaria y de los tiempos de cuidado. (Gonzalez Consuegra et al., 2015, como se citó en Berruecos y Valencia, 2021, p. 34)

El riesgo de padecer lesiones por presión se incrementa en aquellos pacientes en edad avanzada, gravemente enfermos, en estado de conciencia alterado, con limitaciones para la movilidad, según su estado nutricional (obesidad o desnutrición), ingreso a unidades de cuidados intensivos u hospitalización prolongada, aunado a la influencia de factores externos como lo es la presencia de numerosos dispositivos médicos, catéteres, sensores de monitoreo, el uso de medicamentos vasoactivos, la escasez de insumos y dispositivos de alta tecnología, recurso humano limitado, con poca experiencia, con alta carga laboral y emocional (AIACH, 2020, p. 4)

La enfermedad por Coronavirus 2019, (Coronavirus Disease 2019, COVID-19), es el nombre dado a la patología causada por la infección por el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo o Grave 2 (severe respiratory acute syndrome 2, SARS-CoV-2). La enfermedad es causada por un virus (SARS-CoV-2), que hace parte de la subfamilia Orthocoronavirinae, en el cual se incluyen cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Deltacoronavirus y Gammacoronavirus. Los primeros casos de la enfermedad aparecieron el 8 de diciembre del 2019 en Wuhan. El día 30 de enero de 2020 la OMS, ante el rápido incremento en el número de casos en China, y en otros países principalmente de Asia, lo declara una Emergencia Sanitaria de Preocupación Internacional. El 11 de febrero de 2020, la OMS denomina a la enfermedad COVID-19 y el Comité Internacional de Taxonomía Viral (International Committee on Viral Taxonomy, ICTV) denomina al virus SARS-CoV-2. El día 11 de marzo de 2020, la OMS declara al COVID-19 como una pandemia. (Saavedra et.al, 2020, p. 3)

En cuanto a la incidencia de lesiones por presión (LPP) en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos, así como también los factores asociados al desarrollo de estas lesiones y recomendaciones para la prevención y manejo, en la revisión de la literatura científica se encontró diversidad de reportes. Así, en la investigación titulada “Úlceras por presión en decúbito prono en la pandemia de COVID-19”, se efectuó un estudio de casos y controles en el hospital Marañón de Madrid durante la pandemia, registrando un total de 136 lesiones por presión en decúbito prono, siendo la región facial el área más afectada (69%), y la categoría II la más frecuente, destacándose

Factores contributivos en lesiones por presión

la mejilla con 18%, ala nasal 18%, mentón 16%, como las áreas más afectadas. Dentro de los factores de riesgo asociados a la formación de estas LPP encontraron el posicionamiento en decúbito prono por más de 24 horas, el tabaquismo, índice de masa corporal aumentado, antecedentes de diabetes mellitus, o hipertensión arterial. El uso de fármacos vasoactivos y tiempo de estancia en UCI fueron otros de los factores asociados (Ibarra et al., 2020, p. 2).

En Milán Italia, un estudio transversal reportó dentro de las principales complicaciones asociadas al decúbito prono en pacientes con SARS-CoV-2 en manejo con ventilación mecánica, las LPP en decúbito prono con una frecuencia de 30,2%. Recomendando la implementación de un protocolo específico con las actividades relacionadas al decúbito prono para contribuir a la disminución de la aparición de complicaciones y mejorar la seguridad del paciente (Galazzi et al., 2021, p. 4). El reposicionamiento del decúbito prono mediante una técnica específica en la cual se verifique y asegure la adecuada fijación de los dispositivos sanitarios, la protección cutánea, la ejecución de la técnica entre 4 a 5 personas, en el cual todos convergen a ubicar al paciente en la posición de nadador favorecerá la prevención de las LPP (AIACH, 2020, p. 13).

Una revisión sistemática con meta-análisis entre enero de 2000 a diciembre de 2013, encontró que la incidencia de LPP en adultos manejados en UCI en España se ubicó entre el 12 al 26% para LPP categoría I a IV y del 16 al 21% para LPP categoría II a IV. La incidencia de LPP asociadas a dispositivos sanitarios fue del 25% en paciente adulto, principalmente en pacientes portadores de sonda nasal (29,16%), pacientes con collar cervical (23,93%) (Torra-Bou, 2016, p. 14).

El estudio de prevalencia de Lesiones por presión en Colombia encontró que el 68% de lesiones por presión en hombres, 64% en instituciones públicas, el 44% en el primer nivel, el 65% de la información proviene de personas afiliadas al régimen subsidiado de Salud. La causa principal en el 98% de los casos es la presión, seguido por cizalla, humedad e incontinencia (González et.al, 2014, p. 369)

Con respecto a los cambios posturales para la prevención de LPP un estudio efectuado en España, arrojó que los pacientes a los que no se le realizaron cambios de posición tuvieron 1,7 veces mayor probabilidad de desarrollar LPP, la incidencia de LPP en pacientes en condición de inestabilidad hemodinámica que limitó la realización de los cambios de posición fue de 15% en categoría I, y 93,3% categoría II, siendo el talón la ubicación más frecuente en un 53,3% de los casos; el promedio de días de aparición de la lesión correspondió a 6,78 días (López Casanova, 2016, p. 48)

Factores contributivos en lesiones por presión

La Asociación interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas [AIACH] a través de la guía para la prevención y el tratamiento de lesiones por presión en pacientes críticos en decúbito prono, describe dentro de los factores de riesgo asociados a la aparición de LPP la afectación del estado de conciencia, los fármacos anestésicos o sedantes, los múltiples dispositivos sanitarios, así como factores endógenos como la malnutrición, la fragilidad cutánea, el exceso de humedad, este último incrementando 5 veces el riesgo, asociado a incontinencia fecal, presencia de heridas exudativas (AIACH, 2020, p. 4).

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas [GNEAUPP] de España, en el protocolo de manejo de LPP, menciona que el papel de enfermería en la Unidad de cuidados intensivos requiere de preparación, conocimiento, liderazgo y acciones de supervisión permanente para promover el uso de protocolos para la prevención de LPP en pacientes críticos en DP, la aplicación de herramientas para el diagnóstico y tratamiento de las LPP, la utilización de escalas para valoración del riesgo (Patiño Jiménez et al., 2020, p. 25) dentro de las primeras 6 horas de ingreso del paciente al servicio, la valoración diaria de la piel de manera céfalo-caudal incluyendo mucosa ocular, oral y genital, permiten identificar de manera temprana signos clínicos de LPP, para instaurar medidas óptimas, con los recursos disponibles hacia la prevención de las lesiones y de esta forma evitar la progresión de la lesión a categorías avanzadas (AIACH, 2020, p. 6)

El protocolo de la GNEAUPP resalta que el profesional de enfermería debe reconocer de manera adecuada las LPP según sus categorías I, II, III, IV, lesión sin clasificar, lesión de tejidos profundos, así como identificar las características de estas en cuanto a dimensiones, tejido comprometido, estado de la piel perilesional, presencia o no de dolor para instaurar el tratamiento apropiado basado en evidencia científica, acorde a los recursos con los que se cuente en la institución (Patiño Jiménez et al., 2020, p. 8).

La aplicación del protocolo basado en la evidencia científica descrita en el documento Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries de la EPUAP/NPIAP/PPPIA, recomienda tener en cuenta las condiciones específicas del paciente críticamente enfermo, el estado de perfusión, circulación y oxigenación como factores de riesgo para LPP, así como la aplicación de las recomendaciones generales para la prevención como el uso de apósitos profilácticos, la protección de las prominencias óseas y la redistribución de peso en la posición decúbito prono, la rotación de la cabeza cada dos horas, uso de protector cutáneo y dispositivos para la redistribución del peso corporal (Patiño Jiménez et al., 2020, p. 19).

Factores contributivos en lesiones por presión

Además de contar con los equipos médicos indispensables para la atención del paciente crítico, el protocolo de manejo de lesiones por presión de la GNEAUPP, recomienda que en las instituciones se debe contar con el kit de pronación, el cual incluye un colchón lo ideal de aire, cojines de material viscoelástico de diferentes formas que permitan mantener la ergonomía del cuerpo en la posición decúbito prono (Patiño Jiménez et al., 2020, p. 22).

La investigación titulada "Proteger a los pacientes en decúbito prono de las úlceras por presión faciales mediante apósitos profiláctico, un análisis biomecánico oportuno en el contexto de la pandemia de COVID-19", presenta un estudio de simulación del uso de apósitos de espuma de silicona de características flexibles en la frente y mentón para proteger la piel de posibles LPP faciales asociadas al decúbito prono, encontró que estos alivian notablemente las cargas de los tejidos blandos faciales en más del 50%, respaldando con ello su uso en este momento de alto número de pacientes con SDRA por SARS-CoV-19 con ventilación mecánica (Peko et al., 2020, p. 1602)

Un estudio de caso realizado en Estados Unidos en dos pacientes que presentaron LPP a nivel facial asociados al manejo en decúbito prono por SARS-CoV-2, resaltaron dentro de las medidas preventivas la importancia de capacitar adecuadamente al personal de salud de las unidades de cuidados intensivos, el monitoreo regular de la posición en decúbito prono por personal entrenado, la realización de los cambios de posición de la cabeza 2 o 3 veces durante cada sesión de decúbito prono, así como el cambio de posición del tubo orotraqueal entre cada sesión de decúbito prono, el uso de protectores de silicona para la fijación y el contacto con el tubo orotraqueal, así como el uso de cojines y apósitos de características suaves, de silicona, ajustables a la posición de la cabeza y a los dispositivos de la vía aérea (Perrillat et al., 2020, p. 443).

En la E.S.E. HUSRT, institución de mediana y alta complejidad, las lesiones por presión se encuentran dentro de las cinco primeras causas de evento adverso, identificadas y reportadas al programa de seguridad del paciente.

El incremento en el riesgo de aparición de LPP en el paciente que ingresa a la unidad de cuidados intensivos de la institución durante el primer semestre del año 2021, asociado a los factores de su condición clínica, la influencia de los múltiples agentes externos, así como la tendencia creciente en la incidencia de estas lesiones, hace necesario identificar los factores contributivos relacionados con su ocurrencia, así como la instauración de acciones preventivas y de mejora que controlen y/o mitiguen las consecuencias que estas generan en el paciente, pudiendo llegar a ser catastróficas como la aparición de complicaciones, la generación de secuelas físicas,

Factores contributivos en lesiones por presión

emocionales e incluso la muerte del paciente, así como el costo que conlleva para el sistema de salud el manejo de esta entidad.

La identificación de las fallas activas y la determinación de los factores contributivos asociados a la aparición de lesiones por presión, en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de la E.S.E. HUSRT, durante el primer semestre del 2021, pretende contribuir a la generación de nuevas estrategias y/o a reforzar o retomar aquellas medidas preventivas, así como al involucramiento de todos los actores del equipo de salud tanto asistencial como administrativo en la búsqueda de soluciones viables, alcanzables que promuevan y favorezcan los cuidados de la integridad de la piel del paciente crítico, a través de la aplicación del protocolo para la identificación y prevención de lesiones por presión y el protocolo de los cuidados del paciente en decúbito prono por distrés respiratorio agudo, además de disminuir las posibles complicaciones y la morbilidad asociada al desarrollo de estas lesiones, lo que redundará en beneficios para el paciente y para el sistema de salud en general.

El impacto de las acciones preventivas y/o de mejora a plantear, producto de la identificación de las fallas activas asociadas a la aparición de las lesiones por presión identificadas en la E.S.E. HUSRT, se monitoreará a través del comportamiento de los indicadores de calidad y seguridad del paciente establecidos, dentro de los cuales se encuentra el índice de lesiones por presión y el índice de lesiones por presión categoría III y IV.

Todo lo anterior convierte a las LPP en un gran desafío para las instituciones y para el equipo de salud de las unidades de cuidados intensivos, quienes deben reforzar las medidas encaminadas a prevenir la aparición y progresión de esta entidad, influenciada por el incremento de su incidencia relacionada con la complejidad de los pacientes ingresados a dicho servicio.

Objetivos

General

Describir el comportamiento de los factores contributivos asociados a la aparición de lesiones por presión en el paciente hospitalizado en cuidado intensivo de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante el primer semestre del año 2021.

Específicos

Describir las características de las LPP y los factores determinantes asociados en los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante el primer semestre del año 2021

Factores contributivos en lesiones por presión

Identificar la incidencia de las lesiones por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante el primer semestre del año 2021.

Establecer las fallas activas y los factores contributivos asociados que favorecen la aparición de lesiones por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante el primer semestre del 2021.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio con enfoque observacional descriptivo de corte transversal, tomando como muestra los registros clínicos de pacientes (n=28) atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja (hospital de alta complejidad), basado en la aplicación del Protocolo Londres (Vincent & Amalberti, 2016, p. 99), metodología para la investigación y análisis de los eventos relacionados con la atención en salud, a través de la cual se investigaron los factores que contribuyeron (del paciente, tarea y tecnología, equipo de trabajo, individuo, ambiente) a la ocurrencia de lesiones por presión en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos durante el primer semestre del 2021, mediante el análisis esquemático, eminentemente clínico hacia la búsqueda sistematizada, exhaustiva y efectiva de esos factores, efectuado por parte del Equipo Primario de Mejoramiento Institucional-EPMI, establecido por el Programa de Seguridad del Paciente-SP integrado por las líderes de los programa SP, programa piel sana, líder del proceso misional enfermería, líder de enfermería de UCI, y terapia respiratoria.

Como fuente de la información para la identificación de los pacientes que presentaron Lesiones Por Presión se tomó como referencia los casos reportados vía online a través del módulo EVENTO, del software DARUMA, como sistema de notificación de los eventos relacionados con la atención en salud de la E.S.E HUSRT durante el primer semestre de 2021, posterior a ello se efectuó la recolección de los datos referentes a la documentación clínica de los casos detectados (n=28), dentro de las variables estudiadas se encuentran el rango de edades, género, tipos de lesiones de piel (LPP, LPP por dispositivos sanitarios, entre otros) categoría de presentación de las LPP, procedimientos quirúrgicos y/o prescripción de manejo antibiótico adicional, promedio de lesiones presentadas por paciente, localización de las LPP, días transcurridos para su aparición, así como la identificación del riesgo de LPP al ingreso del paciente mediante la aplicación de la escala Braden, la solicitud de interconsulta al programa Piel Sana y diagnósticos de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Factores contributivos en lesiones por presión

De la misma manera con los casos reportados, se identificó la incidencia de las LPP en los pacientes ingresados a la UCI durante el primer semestre del año 2021, información que es registrada en el módulo INDICADORES del Software Daruma.

Otra fuente de información tomada para el desarrollo del presente estudio fue la revisión documental de los protocolos relacionados con la prevención y manejo de las LPP, así como la información suministrada por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos sobre aquellas condiciones predisponentes asociadas a las fallas activas como insumo requerido para la recolección de los aspectos relevantes que pudieron favorecer la aparición de las LPP. Con la información recolectada el equipo primario de mejoramiento institucional-EPMI procedió a efectuar el análisis de fallas activas (acciones u omisiones), por el personal de salud de la UCI, así como la identificación de los factores contribuyentes determinantes en la aparición de la cadena de fallos que llevaron a la aparición de las LPP.

Consideraciones éticas

Esta investigación contó con la aprobación del comité de ética e investigación del hospital, la información recolectada para el estudio no tuvo intervención o modificación de las variables biológicas, psicológicas o sociales de los casos tomados como referencia para el análisis de los datos, garantizando con ello la protección de la información, acorde a lo contemplado en la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación, categorizándola como sin riesgo.

RESULTADOS

Características de las LPP y los factores determinantes asociados

En cuanto al rango de edades de presentación de LPP de los pacientes (n=28) ingresados a la UCI adultos y que presentaron LPP osciló entre 21 a 89 años, con un promedio de 58 años. De los cuales el 76% (22) corresponde al género masculino y el 24% (6) al género femenino.

Tabla 1.

Características de pacientes revisados en historia clínica

CANTIDAD	MEDIA	MODA	DS	MÍNIMO	MÁXIMO	FEMENINO	MEDIANA	MASCULINO
28	58	65	19	21	89	7	62	21

*DS= desviación estándar

Fuente: REVISIÓN HC LPP UCI 2021 HUSRT

Factores contributivos en lesiones por presión

Con los registros clínicos de los casos detectados de pacientes (n=28) con LPP en la Unidad de Cuidados Intensivos de la E.S.E. HUSRT, se logró describir las características de las LPP y los factores determinantes asociados, tomando como referencia las variables seleccionadas, tipos de lesiones de piel, categoría de presentación de las LPP, procedimientos quirúrgicos y/o prescripción de manejo antibiótico adicional, promedio de lesiones presentadas por paciente, localización de las LPP, días transcurridos para su aparición, así como la aplicación de la escala Braden para la identificación del riesgo de LPP al ingreso del paciente, la determinación del riesgo según la escala, la solicitud de interconsulta al programa Piel Sana y diagnósticos de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos

El tipo de lesiones de piel detectadas en los pacientes (n=28) atendidos se encontró que el 78% (71) correspondieron a Lesiones por presión-LPP, el 12% (11) a Lesión por presión por dispositivos sanitarios y el 8% (9) a lesiones por adhesivos.

Con respecto a la categoría de presentación de las LPP, la tabla 2 muestra que el 50% corresponden a Categoría I, el 35% a categoría II, el 5% a categoría III, el 2% a categoría IV, el 5% de lesiones como categoría sin clasificar y el 4% a lesión de tejidos profundos.

Tabla 2.*Categoría de la lesión*

Categoría de lesión	Total lesión	Porcentaje categoría
Categoría I	53	50%
Categoría II	37	35%
Categoría III	5	5%
Sin clasificar	5	5%
Lesion de tejidos profundos	4	4%
Categoría IV	2	2%
Total	106	100%

Fuente: HC LPP UCI 2021 HUSRT

En cuanto a las Lesiones Por Presión identificadas como categoría III, IV y las lesiones de los tejidos profundos, cuya implicación clínica está dada por un mayor grado de profundidad y extensión, estas lesiones condujeron a procedimientos adicionales especializados en el 21% (6) de los paciente quienes fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas como el desbridamiento de tejidos desvitalizados y necróticos así como la realización de colgajos; también la presencia de infección sobreagregada conllevando a la necesidad de manejo antibiótico en el 14% (4) de los pacientes (n=28) objeto del estudio

Factores contributivos en lesiones por presión

El promedio de LPP presentadas por paciente, en los casos revisados (n=28) se encontró en tres, oscilando entre 1 a 10 lesiones de piel.

La tabla 3 representa la localización anatómica de las LPP, siendo la región facial (mentón, columna nasal, pabellón auricular, pómulos, labios) la más preponderante con un 29,5% (23) del total de las lesiones de la UCI, siendo el mentón la más frecuente representando el 52% de estas, en segundo lugar en frecuencia la región sacra con el 16,7% (13), seguido de la región genital con un 15,4% (12), región torácica con un 11,5% (9), miembros superiores e inferiores con una frecuencia de localización de 9% (7), región glútea y área de talón con un porcentaje de presentación de 5,1% respectivamente.

Tabla 3.

Ubicación de la lesión

ÁREA DE UBICACIÓN DE LA LPP	TOTAL LESIONES	PORCENTAJE LESIONES
Región facial	23	29,5%
Sacro	13	16,7%
Zona genital	12	15,4%
Tórax	9	11,5%
Miembros superiores e inferiores	7	9,0%
Glúteo	4	5,1%
Talón	4	5,1%
Región cervical	2	2,6%
Región Pélvica	2	2,6%
Hemiabdomen inferior	1	1,3%
Región lumbar	1	1,3%
TOTAL	78	100,0%

Fuente: HC LPP UCI 2021

Otra variable analizada en el presente estudio fue la determinación de los días transcurridos para la identificación de la LPP, en relación a los días de estancia del paciente en el servicio, siendo en promedio a los 12 días, encontrando pacientes en quienes se identificaron lesiones en el día 2 de estancia, así como pacientes en los cuales la lesión se identificó en el día 37 de hospitalización.

Con respecto a la identificación del riesgo de LPP mediante la aplicación de la escala Braden al ingreso del paciente a la UCI, esta fue realizada en el 82% del total de los casos, en el mismo sentido, en la determinación de la variable de identificación del riesgo a través de la citada escala, el 91,3% de los pacientes ingresados a la UCI fueron clasificados con riesgo alto de padecer LPP y el 8,7% con riesgo bajo.

Factores contributivos en lesiones por presión

El análisis de la variable de solicitud de interconsulta al Programa Piel Sana de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael, arrojó que está fue efectuada en promedio a los 16 días de la hospitalización.

Tabla 4.

Días de espera para la interconsulta con el programa piel sana

Promedio días piel sana	Mínimo	Máximo
16	1	37

Fuente: HC LPP UCI 2021

Otra variable incluida en el estudio fue el diagnóstico de ingreso de los pacientes atendidos en la UCI adultos de la E.S.E HUSRT, la tabla 5 muestra que el 45,7% de los casos presentaron como patología principal la Neumonía por SARS-CoV-2, en el 16% de los casos su diagnóstico principal estuvo relacionado con trauma craneal, torácico y abdominal, el 7,4% ingresados se encontró como motivo de hospitalización en UCI por patología quirúrgica, preponderando la cirugía abdominal. Como diagnósticos o comorbilidades asociadas en los pacientes ingresados se encontró la hipertensión arterial en el 11% de los casos, enfermedad renal aguda o crónica 7,4%, diabetes mellitus 6,2% y obesidad 6,2% de los casos.

Tabla 5.

Diagnóstico de ingreso a UCI

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO	TOTAL DIAGNÓSTICO	% DIAGNÓSTICO
Neumonía por Sars-Cov-2	37	45,7%
Trauma tórax, cráneo, abdomen	13	16,0%
Hipertensión Arterial	9	11,1%
Patología quirúrgica abdominal	6	7,4%
Enfermedad Renal aguda o crónica	6	7,4%
Diabetes Mellitus	5	6,2%
Obesidad	5	6,2%
TOTAL	81	100,0%

Fuente: HC LPP UCI 2021

Identificación de la incidencia y comportamiento de las LPP en la UCI del HUSRT

Durante el primer semestre del año 2021, en la E.S.E HUSRT se identificaron en total 67 LPP, de las cuales 54% (36) ocurrieron en pacientes atendidos en la UCI adultos, así mismo se identificaron en total 25 LPP asociadas a dispositivos sanitarios de las cuales el 64% (16) se presentaron en la UCI adultos. El índice de pacientes que desarrollaron lesiones por presión en la UCI adultos para el primer semestre del año 2021 fue de 1,89 pacientes por 100 egresos (36 LPP).

Factores contributivos en lesiones por presión

Siendo los meses de enero y junio en los que se identificó el mayor número de LPP en la UCI adultos de la E.S.E. HUSRT con un 28% (10) y 39% (14) del total de los casos presentados en el periodo del estudio.

Fallas activas y los factores contributivos asociados

Aplicando la metodología para la investigación y análisis de los eventos relacionados con la atención en salud, basada en la aplicación del Protocolo Londres (Vincent & Amalberti, 2016, p. 99), la tabla 6 relaciona las fallas activas asociadas a la aparición de las LPP, durante el primer semestre del año 2021, encontrando la falta de la realización de cambios de posición como la más frecuente con un 20%, la no valoración diaria de la piel (19%), seguida de la no identificación temprana de los signos de lesión de piel (18%), el no uso o uso inadecuado de los insumos de tecnología existentes para la prevención de LPP (18%) la no comunicación al momento de detectar la lesión (15%), dejar sujetador de tubo orotraqueal muy ajustado y la presión ejercida con el rollo artesanal como factor favorecedor de la aparición de la lesión, con un 3% de asociación respectivamente.

Tabla 6.

Fallas activas identificadas asociadas a la aparición de las LPP

FALLAS ACTIVAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Falta de la realización de cambios de posición	28	20%
No valoración diaria de la piel	26	19%
No identificación temprana de los signos de lesión de piel	25	18%
No uso o uso inadecuado de los insumos de tecnología existentes para la prevención de LPP	25	18%
No comunicación al momento de detectar la lesión	21	15%
Dejar sujetador de TOT muy ajustado	4	3%
Presión que se ejerce con el rollo artesanal favorece la aparición de la lesión	4	3%
Falta de vigilancia y seguimiento de lesiones ya existentes	1	1%
Falta de verificación por parte de los profesionales de enfermería la piel durante los turnos, sobre todo en el turno de la noche	1	1%
Posicionamiento del circuito del ventilador que genera presión en las mucosas al momento del cambio de posición y contribuye a la lesión	1	1%
Falta de entregar la información completa en la entrega de turno de enfermería.	1	1%
Déficit de baño adecuado del paciente lo que no permitió identificar oportunamente la lesión del paciente	1	1%
TOTAL	138	100%

Fuente: CA-F-77 base de datos eventos relacionados con la atención del paciente reportados 2020-2021

Factores contributivos en lesiones por presión

Basado en la aplicación del protocolo Londres con respecto a aquellas condiciones o factores contributivos que se identificaron como predisponentes a la falla activa en la cadena de fallos que llevaron a la aparición de las LPP durante el primer semestre del año 2021 en la UCI de la E.S.E HUSRT, se encontró que los factores relacionados con el equipo de trabajo, los factores asociados al individuo y los factores relacionados con el ambiente representaron un 23% de asociación respectivamente, seguidos del factor tarea y tecnología con un 18%, y factor contributivo asociado al paciente con el 14 %.

Dentro de los criterios del factor equipo de trabajo se encontraron condiciones relacionadas con la falta de supervisión y verificación de las condiciones de la piel de los pacientes durante el turno (26%), limitada comunicación entre el equipo de trabajo durante y en la entrega de turno con un (25%) de contribución, así como la no supervisión del personal en entrenamiento o personal de salud nuevo del servicio con un (25%) de relación y la no solicitud de interconsulta al programa institucional de piel sana como apoyo para el establecimiento del plan preventivo de intervención con un 25%.

Tabla 7.*Factor contributivo equipo de trabajo*

FACTOR CONTRIBUTIVO EQUIPO DE TRABAJO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo: entrega de turno sin comunicación de los eventos importantes o relevantes	25	25%
Falta de supervisión (falta verificación de las condiciones de la piel en la entrega de turno)	26	26%
Falta de supervisión del personal en entrenamiento o personal nuevo	25	25%
Disponibilidad de soporte (no se efectuó solicitud de interconsulta al programa Piel Sana y clínica de heridas para manejo del paciente)	25	25%
TOTAL	101	100%

Fuente: CA-F-77 base de datos eventos relacionados con la atención del paciente reportados 2020-2021

En cuanto a los criterios identificados en el factor individuo se encontraron como aspectos preponderantes los relacionados con personal con poca experiencia (26%) de asociación, no apropiación de los protocolos institucionales dentro de ellos el protocolo de prevención de LPP y del protocolo de cuidados del paciente con distrés respiratorio agudo en decúbito prono (25%) de relación, estado emocional y físico del personal de salud y alta carga laboral (25%) de contribución, y por último cansancio de personal relacionado con turnos de 12 horas o más, carga laboral alta representando un (25%) de asociación.

Factores contributivos en lesiones por presión

Dentro de los criterios identificados del factor paciente se encuentran la complejidad de su enfermedad correspondiendo al 42% de asociación, la severidad de su condición clínica con un 40% de relación y la edad (mayor de 65 años) con un 18% de los casos evaluados

Tabla 8.*Factor contributivo del paciente*

FACTOR CONTRIBUTIVO DEL PACIENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Edad del paciente (> 65 años)	11	18%
Complejidad de su enfermedad (estado nutricional: DNT, obesidad)	25	42%
Severidad de su condición (estado neurológico, sedación, pronación, postración, estado de inmovilización)	24	40%
TOTAL	60	100%

Fuente: CA-F-77 base de datos eventos relacionados con la atención del paciente reportados 2020-2021

Con respecto al factor contributivo del ambiente se identificaron como aspectos asociados la asignación del número de pacientes para atender por personal auxiliar de enfermería y enfermera (3/auxiliar de enfermería; 9-12/enfermera), personal con poca experiencia o entrenamiento, turnos de 12 a 24 horas y la demanda de los cuidados de los pacientes dada la complejidad de su condición clínica como los criterios más influyentes relacionados, representando un 25% cada uno.

Tabla 9.*Factor contributivo del ambiente*

FACTOR CONTRIBUTIVO DEL AMBIENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sobrecarga de trabajo	25	25%
Mezcla de habilidades: personal con poca experiencia o entrenamiento	25	25%
Patrón de turnos: turnos de 12 a 24 horas	25	25%
Demanda de atención de los pacientes dada la complejidad de su condición clínica	25	25%
TOTAL	100	100%

Fuente: CA-F-77 base de datos eventos relacionados con la atención del paciente reportados 2020-2021

El factor tarea y tecnología otra de las variables contempladas está representada por insumos insuficientes o uso inadecuado de estos, aditamentos inadecuados para el apoyo y liberación de zonas de presión y falta de medicamentos sedantes con un 32% cada uno.

DISCUSIÓN

En cuanto a la edad se identificó que las lesiones por presión se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de 65 años de edad, en la variable *género*, se encontró predominio de afectación por lesiones por presión en hombres, lo que coincide con lo encontrado por

Factores contributivos en lesiones por presión

González-Consuegra et al (2014) ya que se reportó que la aparición de UPP fue más alta en el sexo masculino con un porcentaje del 67%, resultado que concuerda con estudios realizados en diferentes lugares del mundo. (p. 372)

La categoría de lesión por presión preponderante fue la tipo I, situación que difiere de los estudios realizados por Ibarra et al. (2020, p. 1), (Galazzi et al. (2021, p.2) y López Casanova (2016, p. 21) en los cuales la categoría II tuvo mayor frecuencia. Con respecto a las categorías III, IV y lesión de tejidos profundos (37%, 5% y 5%) el impacto en el paciente está dado por la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos en el 21% de los casos y manejo antibiótico en el 14% de los casos. En la revisión sistemática de la literatura científica del presente estudio, no se encontró información para correlacionar con los hallazgos descritos.

Respecto a la ubicación anatómica, la región facial fue identificada como la ubicación preponderante de las LPP (29,5%), siendo el mentón el área de mayor afectación representando el 52% de las lesiones, en este contexto el estudio efectuado por el hospital Marañón de Madrid por Ibarra et al. (2020) ubica las lesiones a nivel facial como las más frecuentes (69%), así como en el meta-análisis efectuado en España en el que la incidencia de LPP en región facial (ala nasal) fue del 29,16%. A diferencia del estudio realizado en España por Torra-Bou (2016) en el que el talón fue la ubicación más frecuente con un 53,3% de los casos. Seguido de la lesiones a nivel facial el estudio muestra la región sacra con 19,1% de las LPP (p. 13), situación no descrita en los estudios revisados como parte de esta investigación

Según lo encontrado el promedio de días de la aparición de la lesión fue en el día 12 de estancia, siendo mayor que la reportada en el estudio realizado por López Casanova (2016) en el que las lesiones tuvieron su aparición a los 6,78 días de la hospitalización (p. 6).

Dentro de los diagnósticos de ingreso de los pacientes atendidos en la UCI adultos que presentaron LPP el estudio encontró que la Neumonía por SARS-CoV-2 en el 45,7% predominó como patología principal, estando asociada a los dos picos de la enfermedad presentada en los meses de enero y junio. Entre las comorbilidades asociadas en los pacientes ingresados se encontraron la hipertensión arterial 11%, enfermedad renal aguda o crónica 7,4%, diabetes mellitus y obesidad con un 6,2% de los casos constituyéndose en factor de riesgo para la aparición de LPP, situación que complementa lo descrito por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) en cuanto al aumento de incidencia de úlceras entre 1995 y el 2008 del 80% y la proyección de aumento de la población en riesgo para úlceras (obeso, diabetes mellitus, ancianos) (p. 30), así mismo el estudio del Hospital Marañón (Ibarra et al., 2020) resalta que los pacientes de UCI suelen

Factores contributivos en lesiones por presión

tener comorbilidades y presentan múltiples factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (p. 2146)

La incidencia de LPP en la E.S.E HUSRT en el primer semestre de 2021 fue de 1,89 por cien egresos, de estas el 69% se atribuyeron a LPP y el 31% a LPP asociadas a dispositivos sanitarios. Resultados que contrastan con la revisión sistemática realizada por Torra-Bou (2016) en España en la cual la incidencia de LPP fue del 25%, principalmente en pacientes portadores de sonda nasal (29,16%) y pacientes con collar cervical (23,93%).

En cuanto a la identificación de las fallas activas relacionadas con la aparición de LPP en pacientes ingresados a la UCI adultos de la E.S.E HUSRT, se encontraron como las más frecuentes la falta de la realización de cambios de posición con un 20%, la no valoración diaria de la piel (23%), y la no identificación temprana de los signos de lesión de piel (22%) que a criterio de los expertos técnicos, no cuentan con evidencia conocida sobre el impacto y frecuencia de esta falla (Minsalud, 2015. p. 10)

Como factores contributivos desencadenantes de las fallas preponderantes se encuentran los relacionados con equipo de trabajo 25%, individuo 25% y ambiente 24%, a nivel del país en la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (2015 p. 42) se describen los factores contributivos y fallas activas descritas en el estudio, encontradas como producto de la revisión de los expertos clínicos elaboradores de mencionada guía, tomando como fuente de información la suministrada por las IPS acreditadas del país, que como lo menciona Conde (2015) los factores contributivos pueden permanecer en estado latente durante algún tiempo hasta que finalmente provocan un evento adverso. Entre estas están precondiciones para actos inseguros, supervisión no segura y aspectos organizacionales. (p. 25)

Los resultados del presente estudio son novedosos y constituyen un referente fundamental para la generación de acciones preventivas y/o de mejora para la reducción de la incidencia de LPP y permitan tener control en la progresión de lesiones a categorías avanzadas.

CONCLUSIONES

Los pacientes mayores de 65 años y con comorbilidades presentaron mayor riesgo de lesiones por presión, predominando el género masculino. Adicionalmente la inadecuada aplicación de la escala de braden se encuentra asociada a una subestimación del riesgo, lo que aunado a la complejidad de los pacientes, las múltiples comorbilidades y la severidad de la condición clínica pudieron retrasar la instauración de medidas preventivas consistentes para controlar y/o mitigar su aparición. La estancia prolongada, junto con la no valoración diaria de la piel, se constituyen en

Factores contributivos en lesiones por presión

factor de riesgo para la aparición de lesiones por presión, lo que refleja la necesidad de instaurar acciones preventivas y/o de mejora para minimizar el incremento en la incidencia de estas lesiones, así como evitar y controlar la progresión de las lesiones a categorías avanzadas.

Las lesiones encontradas en el estudio tienen su origen en la fuerza de presión caracterizada por la inmovilización inadecuada, limitada o no realización de cambios posturales, aunado a la inestabilidad hemodinámica, severidad de la condición y la adopción del decúbito prono como medida para favorecer la mecánica ventilatoria del paciente y el diagnóstico de ingreso preponderante (SARSCoV-2), favorecieron el incremento de la incidencia de las lesiones.

Se observa un incremento en la incidencia de las lesiones por presión en la institución, lo cual se correlaciona con lo reportado al Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, 2021, en el cual se encuentra que para el primer trimestre del 2021 fué del 3,94% y para el final del segundo trimestre es del 5,1%.

En cuanto a las fallas activas se pudo establecer que las más frecuentes son la no realización de cambios posturales, la no valoración diaria de la piel, la no identificación temprana de los signos de lesión de piel y el no uso o uso inadecuado de los insumos de tecnología existentes para la prevención de LPP, así como la no comunicación al momento de detectar la lesión, determinando con ello la no apropiación de lineamientos institucionales por parte del personal de enfermería, que junto con la comunicación ausente o deficiente de los colaboradores en la entrega de turno, la falta de verificación de las condiciones de la piel en la entrega de turno y durante el turno, se constituyen en unos de los factores contributivos preponderantes

Los cuidados del paciente por el personal de enfermería son la piedra angular para prevenir y/o mitigar el riesgo de la aparición de Lesiones de Piel en el paciente hospitalizado, para ello es fundamental las acciones de capacitación continua del personal de salud, así como el fomento de su liderazgo para ejercer un rol de supervisión de aquellas actividades delegadas que redundan en la atención del paciente basados en la aplicación de procesos estandarizados a nivel institucional, sustentados en la literatura científica. El reconocimiento adecuado y la instauración del manejo apropiado y oportuno de las LPP por parte del personal de enfermería contribuyen a evitar y/o controlar la progresión de estas lesiones.

El logro de la instauración de las medidas preventivas enfocadas a prevenir y/o reducir la aparición de las LPP se convierte en un desafío el cual depende del trabajo en equipo articulado e integral por parte de todo el equipo de salud que comprenden las unidades de cuidados intensivos como lo son médicos intensivistas, médicos generales, terapeutas respiratorias, fisioterapeutas,

Factores contributivos en lesiones por presión

enfermería, auxiliar de enfermería y personal con actividades administrativas quienes dentro de su rol aportan de manera directa e indirecta a los cuidados del paciente, no siendo solo responsabilidad del personal de enfermería.

Detrás de cada lesión por presión hay un drama humano que necesita comprensión y exige análisis, lograr una atención en salud más segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, por ende a través de la investigación, se pretende generar nuevo conocimiento sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial. De este modo en esta investigación se abordó la identificación de la incidencia de LPP en la UCI durante el primer semestre del año 2021, la caracterización de las lesiones, los factores determinantes relacionados y se buscó establecer las fallas activas y los factores contributivos asociados a la aparición de LPP todo ello hacia la generación de acciones de mejora que involucren tanto a la alta dirección de la institución como al personal asistencial médico y paramédico que atiende a los pacientes con alto riesgo de LPP.

BIBLIOGRAFÍA

- Abello, V, Vásquez, P, Peñaloza Ramírez, A, Cabrera, J, Burrajo Gutiérrez, A, Tovar Cortés, H, Vergara, J y Saavedra Trujillo, C. (2020). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por sars-cov-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Asociación Colombiana de Infectología. Recuperado de <https://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/851/0>
- Alarcon, D y Gil, L. (2015). Evaluación de las causas de los eventos adversos o incidentes que afectan la seguridad del paciente, en el hospital central de la policía de enero 2012 a diciembre 2013. Universidad del Rosario. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12202/2016.pdf?sequence=1>
- Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas. (2020). *Guía para la prevención y el tratamiento de Lesiones por Presión en pacientes críticos en decúbito prono. PANDEMIA COVID-19.* AIACH. <https://www.aiach.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/guiaCovidAIACH-1.pdf>
- Berruecos, A. M. P., & Valencia, C. V. (2021, 01 22). *Lesiones por presión un reto para la calidad del cuidado de enfermería.* Medellín, Antioquia, Colombia. Retrieved 09 13, 2021, from https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/33994/1/2021-PlacioyVillegas-lesiones_presion_reto.pdf

Factores contributivos en lesiones por presión

- Galazzi, A., Gambazza, S., Villa, L., Binda, F., Marelli, F., Adamini, I., & Laquintana, D. (2021, 6 1). Complications of prone positioning in patients with COVID-19: a cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103088. 10.1016/j.iccn.2021.103088
- González-Consuegra, Renata Virginia, Cardona-Mazo, Diana Marcela, Murcia-Trujillo, Paola Andrea, & Matiz-Vera, Gustavo David. (2014). Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 1-32. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43004>
- Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. (2014, 5). *Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia* (GNEAUPP ed.). GNEAUPP. <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-segunda-edicion.pdf>
- Ibarra, G., Rivera, A., Fernandez-Ibarburu, B., Lorca-García, C., & Garcia-Ruano, A. (2020, 12 26). Prone position pressure sores in the COVID-19 pandemic: The Madrid experience. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 6(21), 1 - 8. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.12.057>
- López Casanova, P. (2016, 4). *Prevención de las úlceras por presión. ¿cuánto se puede atribuir a los cambios posturales?* Alicante, España. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57510/1/tesis_lopez_casanova.pdf
- Medina Jimenez, A. P. (2020). *Mejorando la seguridad del paciente: el ciclo de gestión del riesgo para la prevención de lesiones por presión en un hospital de mediana y alta complejidad*. <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/6981/MEDINA%20JIM%c3%89NEZ%20c%20AIDA%20PATRICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993, 10 4). *Resolución número 8430 de 1993*. Bogotá, Cundinamarca, Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION20843020DE201993.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Prevención úlceras por presión paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (2.0)*. Prevención úlceras por presión. Retrieved 7 2, 2021, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>

Factores contributivos en lesiones por presión

- Patiño Jiménez, M., Restrepo Medrano, J. C., & Vásquez Posada, C. P. (2020, 8). *Protocolo de manejo de lesiones por presión*. Logroño, España. <https://gneaupp.info/manejo-de-la-piel-en-pacientes-covid-19-protocolo-piel-sana-en-unidades-de-cuidados-intensivos-2a-parte/>
- Peko, L., Barakat-Johnson, M., & Gefen, A. (2020, 12). Protecting prone positioned patients from facial pressure ulcers using prophylactic dressings: A timely biomechanical analysis in the context of the COVID-19 pandemic. *Journal literature at the U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine*, 17(6), 1595-1606. 10.1111/iwj.13435
- Perrillat, A., Foletti, J.-M., Lacagne, A.-S., Guyot, L., & Graillon, N. (2020, 9). Facial pressure ulcers in COVID-19 patients undergoing prone positioning: How to prevent an underestimated epidemic? *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 121, 442-444. 10.1016/j.jormas.2020.06.008
- Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, 2021. Indicadores Monitoreo de la Calidad de la Atención - IPS - Seguridad, recuperado de <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/>
- Torra-Bou, J. E. (2016, 2). *Incidencia de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos. Revisión sistemática con meta-análisis*. Alicante, España. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/75009/1/tesis_%20joan_enric_torra_i_bou.pdf
- Torra-Bou, Joan-Enric, García-Fernández, Francisco-P., Pérez-Acevedo, Gemma, Sarabia-Lavin, Raquel, Paras-Bravo, Paula, Soldevilla-Ágreda, J. Javier, Rodríguez-Palma, Manuel, & Verdú-Soriano, José. (2017). El impacto económico de las lesiones por presión. Revisión bibliográfica integrativa. *Gerokomos*, 28(2), 83-97. Epub 09 de noviembre de 2020. Recuperado en 15 de septiembre de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200083&g=es.
- Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., & Defloor, T. (2007). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 13(2), 227-235. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x>
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). Seguridad del Paciente, Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Editorial Modus Laborandi, S. L. p. 99-105. Recuperado de https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf