



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA EL SERVICIO DE INTERNACIÓN DE
UNA CLÍNICA DE MEDELLÍN, QUE LE PERMITA A LOS PACIENTES
DISMINUIR LA OCURRENCIA DE LESIÓN EN PIEL PREVENIBLES**

LICETH JOHANA CÓRDOBA TORRES

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
“HÉCTOR ABAD GÓMEZ”
MEDELLÍN
2021**



**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA EL SERVICIO DE INTERNACIÓN DE
UNA CLÍNICA DE MEDELLÍN, QUE LE PERMITA A LOS PACIENTES
DISMINUIR LA OCURRENCIA DE LESIÓN EN PIEL PREVENIBLES**

LICETH JOHANA CÓRDOBA TORRES

**ENFERMERA
CANDIDATA ESP. ADMINISTRACIÓN SERVICIOS DE SALUD**

**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ GÓMEZ MD., MSC., ESP.
Asesor**

**Trabajo de grado para optar al título de especialista en Administración
de Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
“HÉCTOR ABAD GÓMEZ”
MEDELLÍN
2021**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente de Jurado

Jurado 1

Jurado 2

Medellín - 2021

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIOS.....	8
RESUMEN	11
ABSTRACT.....	12
1. INTRODUCCIÓN	13
2. ANTECEDENTES	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
3.1 Descripción del Problema	22
3.2 Formulación del Problema	24
4. JUSTIFICACIÓN	25
5. OBJETIVOS.....	28
5.1 Objetivo General	28
5.2 Objetivos Específicos	28
6. MARCO REFERENCIAL.....	29
6.1 Marco Teórico (Política Internacional).....	29
6.1.1 La Seguridad del Paciente.....	29
6.1.2 Eventos Adversos EV	29
6.1.3 La Piel Humana	30
6.1.4 Enfermedad en Piel.....	31
6.1.5 Enfermedad renal crónica.....	32
6.1.6 Evento Adverso (EA).....	33
6.2 Marco Legal (Normativa Nacional regional municipal)	34

6.2.1 Ley 100 de 1993 Norma General.....	34
6.2.2 Decreto 1011 de 2006, política nacional de prestación de servicios de salud, Resolución 1445 de 2006, política nacional de seguridad del paciente.....	36
6.3 Marco Contextual.....	37
7. METODOLOGIA	38
7.1 Estudio.....	38
7.2 Método.....	38
7.3 Enfoque.....	38
7.4 Diseños.....	38
7.5 Población del estudio	38
7.6 Fuentes de Información	39
7.6.1 Fuentes primarias.....	39
7.6.2 Fuentes Secundarias	39
8. RESULTADOS.....	40
8.1 Debilidades y fortalezas para el proceso preventivo.....	40
8.2 Desempeño y Cumplimiento de buenas prácticas de prevención de lesión en piel	43
8.3 Evaluación de la eficiencia del cumplimiento en las buenas prácticas de prevención de lesión en piel.....	49
8.4 Diseño de la Propuesta Estratégica.....	53
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
9.1 Conclusiones.....	57
9.2 Recomendaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

LISTAS DE TABLA

	Pág.
Tabla 1 ciclo PHVA en una Clínica de Medellín	40
Tabla 2 Descripción del ciclo PHVA en una Clínica de Medellín.....	41
Tabla 3 Eventos Adversos por Servicio una Clínica de Medellín - Año 2020	44
Tabla 4 Servicio Más Representativo Por Bloque	44
Tabla 5 Eventos Adversos por mes en una Clínica de Medellín - Año 2020.....	46
Tabla 6 Eventos Adversos más Representativos del Año 2020	47
Tabla 7 Eventos adversos Hospitalización de una Clínica de Medellín - 2020.....	49
Tabla 8 Evaluación de la ocurrencia de lesión en piel prevenibles, en el servicio de internación de una clínica de Medellín	50

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Resultado del ciclo PHVA en una Clínica de Medellín.....	42
Gráfico 2 Servicio Más Representativo Por Servicio	45
Gráfico 3 Eventos Adversos más Representativos del Año 2020	48
Gráfico 4 Evaluación de la ocurrencia de lesión en piel prevenibles, en el servicio de internación de una clínica de Medellín.	52
Gráfico 5 Guía Rápida de Prevención de Lesiones en Piel.....	56

GLOSARIOS

- ❖ **Calidad en Salud:** La provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana. (1)

- ❖ **Entidades Administradoras de Planes de Beneficio: (EAPB) :** Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud. (7)

- ❖ **Evento Adverso: (EA):** Es un daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí. (2).

- ❖ **IPS:** instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son las entidades responsables de prestar servicios de salud a la población con altos estándares de seguridad y calidad. Estas instituciones se caracterizan por el uso intensivo de recursos humanos altamente especializados; utilizan tecnologías sofisticadas y de alto valor social; desarrollan protocolos basados en evidencia que pretende disminuir el riesgo y los costos al sistema; y buscan ser sostenibles social, medio ambiental y financieramente. Las IPS en Colombia operan dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que busca garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad para impactar positivamente las condiciones de vida, el bienestar y el desarrollo. (3)

- ❖ **Organización Mundial de la Salud (OMS):** Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así, se reformularía de la siguiente manera: La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro celular como a nivel macro social. (4).

- ❖ **Seguridad del paciente: (Decreto 1011 de 2006 Título III):** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de

sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (5)

- ❖ **Sistema Único De Habilitación (Título III – Capítulo I Artículo 6o.)-** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad al paciente frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. (6).

RESUMEN

La seguridad del paciente en la atención en salud hoy, es una situación que preocupa a la población a nivel mundial, por la difícil situación del momento, pero sin embargo, cada uno de los problemas principales del servicio se presentan por diferentes motivos, tales como la falta de dotación y suministro de los elementos prioritarios para la atención, como son los medicamentos; para los profesional de la salud, y pacientes; desmotivación por el pago de los honorarios y el no pago de las cuentas por cobrar de las EPS con respecto a los convenios que tienen con las IPS. Estos servicios que se prestan en una clínica de Medellín, y dichos factores podrían permitir una disminución, de la ocurrencia en lesiones en piel prevenibles en los usuarios que se encuentren hospitalizados, y así evitar posibles riesgos para los usuarios. Estas estrategias identifican las fallas, de ocurrencia de lesiones en piel prevenibles (LPP), en los pacientes y del manejo de personal en la salud en una clínica de Medellín, y se pone en conocimiento el Manual de las buenas prácticas de seguridad del paciente, como estrategia que mejora la planeación de la atención. Con el diseño de dicha acción de mejora el desempeño de las auxiliares y profesionales de enfermería se espera que mejore en dicha clínica, y a su vez se disminuyen las fallas en el proceso, porque ya se contaría con una estructura, que ayudaría a mitigar el riesgo de lesión en piel, y garantice la seguridad del paciente.

Palabras Claves: Seguridad del paciente, riesgo, evento adverso, calidad, atención en salud, calidad del servicio.

ABSTRACT

Patient safety in health care today is a situation that worries the population worldwide, due to the difficult situation of the moment, but nevertheless, each of the main problems of the service are presented for different reasons, such as the lack of endowment and supply of priority items for care, such as drugs; for health professionals, and patients; demotivation for the payment of fees and the non-payment of accounts receivable from the EPS with respect to the agreements they have with the IPS. These services are provided in a clinic in Medellín, and these factors could allow a decrease in the occurrence of preventable skin lesions in users who are hospitalized, and thus avoid possible risks for users. These strategies identify failures, the occurrence of preventable skin lesions (LPP), in patients and the management of health personnel in a clinic in Medellín, and the Manual of good patient safety practices is made known, as a strategy that improves care planning. With the design of this action to improve the performance of nursing assistants and professionals, it is expected that it will improve in said clinic, and at the same time, failures in the process will be reduced, because there would already be a structure that would help mitigate risk skin injury, and ensure patient safety.

Keywords: Patient safety, risk, adverse event, quality, health care, quality of service, quality, health care.

1. INTRODUCCIÓN

La salud en Colombia es un derecho que tienen todos los habitantes del territorio, el cual debe ser cumplido a cabalidad y debe a su vez, tener un nivel alto de eficiencia, satisfacción para cada uno de los usuarios, en sus diferentes facetas de atención para los pacientes: en hospitalización, urgencias, atención prioritaria, emergencias, y otros casos.

La seguridad del paciente es uno de los pilares de la atención en las clínicas, hospitales y del sistema general de salud, porque es una norma establecida. *“CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”* (8). Por ende los profesionales de la salud en sus diferentes niveles de atención, se involucran directamente en el cumplimiento de la norma, proporcionando una excelente seguridad al paciente en todo lo que corresponda, según el nivel de beneficio que tenga cada paciente, pero que siempre cuente con una buena calidad y seguridad del servicio.

Con el desarrollo de esta investigación, se diseña una estrategia para el Servicio de Internación de una clínica de Medellín de Alta Complejidad, por ejemplo los casos más representativos de lesión en piel que se presentan en este año 2020 son: “899 casos de lesión por presión Intra-institucional”, de igual forma “132 casos de lesión por humedad” y así mismos se evidencia “131 casos de caídas”, esto se puede verificar en la tabla número 3 del este estudio. Cada uno de los detalles que se describen, explican la ocurrencia de lesión en piel, buscando prevenir en los pacientes diferentes riesgo, ya que para dicha institución de salud es importante, porque se quiere identificar fallas en los proceso, por parte de los profesionales de la salud, para mitigar el riesgo en los pacientes en el año 2020.

Según cifras a nivel mundial, en Estados Unidos los errores médicos causan 98.000 muertes al año y en Gran Bretaña, uno de cada diez pacientes sufre un Evento Adverso (EA) mientras se encuentra en los hospitales. En Nueva Zelanda y Canadá las cifras son similares. El coste nacional total de los eventos médicos adversos evitables se estima entre 17 000 a 29 000 millones al año en Estados Unidos y en el Reino Unido es de 5800 millones de libras como consecuencia del aumento de días de estancia en los hospitales, de pruebas diagnósticas adicionales, pago de indemnizaciones y discapacidades, entre otros (9),

La atención en salud está medida por el tipo de servicio que se brinda a los usuarios. Y que esta se ha dado con calidad, de ahí que uno de los aspectos más relevantes en este contexto es la incidencia de EA asociados a la prestación en salud brindada, indistintamente de cual sea su causa (infraestructura, estandarización de procesos, colaboradores, etc.) Son muchos los profesionales que se destacan en brindar un excelente servicio en salud a cada uno de los pacientes, y que cumplen fielmente con todos los procesos para que se dé una buena atención y cuidado, aun cuando, las empresas prestadoras de salud no cuente con todo el equipamiento o el pago oportuno de la EPS en sus obligaciones, por lo cual el nivel del servicio se hace débil e incompleto, ya que por falta de presupuesto oportuno se pueden presentar demoras en un servicio.

El estudio “EA derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas” (10) : realizado en la ciudad de Bogotá. Arrojó como resultados: La incidencia durante la prueba piloto fue de 16.16% (32 casos). De los pacientes que realizaron eventos adversos el 65.63% (21) presentó un evento; el 25% (8) dos y el 9.38% (3) tres. Entre todos los presentados el más frecuente fueron las úlceras por presión.

Con la responsabilidad de las instituciones de salud en el control y prevención del riesgo de lesión en piel de los pacientes intrahospitalarios, se fortalece la calidad en la atención de los servicios de salud y se evita diferentes eventos que dejan entre

ver las debilidades de los procesos mal desempeñados. Es por esto, que se ve afectado no solo el paciente, sino el sistema general de la calidad y la seguridad, ya que son los procesos los que no se cumplen; reflejado en una estancia prolongada debido a las consecuencias acaecidas; si no también a la institución como lo son los aumentos de costos en la atención, imagen desfavorable ante la sociedad y el recurso humano involucrado cuando en casos extremos se presente daño psicológico, implicaciones legales y jurídicas derivadas (10).

2. ANTECEDENTES

Para hacer un detalle significativo de antecedentes de la seguridad de salud y por ende la seguridad en el servicio de atención del paciente, es indispensable realizar un recorrido histórico de lo que ha sido la salud en Colombia.

La Constitución Política de 1991, en los detalles de la Seguridad Social, expresa claramente la obligatoriedad de cumplir con el servicio salud ya que es un bien público, al que tienen derecho los colombianos. “Este en su ejecución debe garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social”. Dos años después, en 1993, se presentaron hechos constitucionales con la aprobación de la Ley 100, en donde se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con cuatro capítulos: Pensiones, Salud, Riesgos Laborales y Servicios Sociales Complementarios (11).

Este Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) plantea desde sus inicios un esquema de aseguramiento segmentado, según el cual un grupo de personas con capacidad de pago conformaron el régimen contributivo, grupo que incluía a los trabajadores cotizantes a la seguridad social a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, junto con sus familiares directos. Un segundo grupo, sin capacidad de pago para cubrir el monto total de su cotización y seleccionado por criterios de renta presuntiva, a través del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), clasificarían para ser merecedores de un subsidio estatal que les permitió el aseguramiento mediante el régimen subsidiado, en el cual recibían un plan de salud inferior al del régimen contributivo (11).

ARTÍCULO 1o - CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades

Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

PARÁGRAFO 1°.- Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

ARTÍCULO 2o.- ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se le ofrece al usuario en el marco de los procesos propios de la seguridad, así como son; las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Y Calidad de la Atención de Salud.

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (6).

En los artículos 42 al 51 de la Ley 715 de 2001, expresa que la seguridad en la atención del paciente se incluye por competencia fija de orden nacional y a la entidades territoriales en salud, que a su vez se les señala la forma de distribuir los recursos del Sistema, para generar las participaciones en el sectores definidos, financiación de la población pobre, distribución de recursos, contratación de prestación de servicios, transferencia, organización y consolidación de redes, dirección y prestación de servicios en salud, registro de entidades de salud, Fondos de Salud, aportes patronales, direcciones territoriales de salud, pasivo prestacional, administración, giro de recursos, información, inspección, vigilancia y transición del sistema en salud. Art. 42 a 72. (12).

De otro modo es evidente la difícil situación, del sistema de calidad y seguridad de las instituciones de salud en Colombia, ya que por diferentes razones se incurre en fallas que afecta, la atención de los pacientes y usuarios en general por el incumplimiento, por la falta de elementos, equipos y dotaciones necesaria para el buen desempeños de las funciones de los profesionales de la salud. De igual forma, no solo se presentan estos casos, sino también la crisis del sector salud en Colombia, además de la crisis financiera de estas entidades, si no que ha esto se le suma: la baja formación en salud (desconocimiento en los procesos por partes de los auxiliares de enfermería), el funcionamiento del modelo de atención, la demora en las citas, la baja atención primaria y priorización, los precios de los medicamentos, la legislación, los salario, el trato a los médicos y las entidades

intervenidas. Es decir, que el sector salud se encuentra en un cuello de botella que ha sido provocado por falta de un evidente liderazgo del Estado que promueva una reorganización del sistema de salud con el fin de garantizar la calidad, oportunidad, eficiencia y efectividad de las acciones de salud públicas necesarias para que el derecho fundamental a la salud sea una realidad.

El sistema de calidad y seguridad de la salud en Colombia, se describe a través de las “competencias reguladas”, lo que quiere es decir, que la salud se convirtió en un negocio de las empresas privadas. Este esquema de competencia regulada se instauró a partir de la Ley 100 de 1993. Esta reforma estructural le permitió a la empresa privada invertir en las empresas sociales del Estado, las cuales hacen parte del sector salud lo que hizo que se convirtiera en un negocio vulnerando este derecho fundamental, ya que al sector privado le interesan más las utilidades que la equidad y la atención oportuna. Sin embargo, como resultado de la fusión se crea un “sistema de participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud, bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres” (13).

Adicionalmente en esta investigación se evidencia, que el Sistema de Seguridad Social en Salud según la Ley 100 de 1993, ha sido analizado desde el factor financiero y desde las fallas de la calidad favorable y desfavorable del servicio para los usuarios en Colombia, por medio de diferentes reformas de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y por decretos y disposiciones diversas que no han

solucionado el problema de fondo. De allí que en los últimos dos gobiernos se ha centrado la atención en la crisis financiera que ha seguido vigente, y se ha adoptado el proceso de pago directo a las IPS y hospitales y clínicas con el fin de mejorarla pero no ha sido lo suficiente, afectando el servicio de salud a los colombianos; por lo que tienen accesos restringido a los servicios, el estado de salud de las personas a desmejorado, las EPS (La Nueva EPS, Caprecom, Coomeva Comfenalco y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, SURA, entre otras) están negando los tratamientos de los pacientes, así estos estén contemplados en el POS y los están solicitando por medio de Tutelas.

En consecuencia, las causas anteriores obligan a tales entidades a desmejorar la buena atención, afectado la calidad y seguridad del paciente, la crisis del sector salud en Colombia, y no es solo la crisis financiera, si no que ha afectado: la baja formación en salud, el funcionamiento del modelo de atención, las crisis de la confianza entre las instituciones.

Es el caso como en muchas de las instituciones de salud en la ciudad refieren que por ejemplo, que a pesar de que no hay contratación con la EPS Coomeva y tiene muchas cuentas por cobrar, y a la fecha ascienden a más de 43 mil millones de pesos, y se siguen atendiendo los pacientes y debido a esta crisis, el servicio de urgencias está en alerta roja, porque no pueden ser remitidos ya que nadie los acepta. De allí que se han hecho llamados a la EPS y a otras en igualdad de

condición para que tomen decisiones que busquen proteger la vida de sus afiliados, ya que es necesario que establezca redes de atención y no se prolonguen procedimientos, autorizaciones y remisiones que requieran de respuesta inmediata (14).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Descripción del Problema

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud), la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina, es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos (15).

El "EA es la evidencia de una situación en el paciente que demuestra un daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí" (1).

El EA. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (16), y estos afectan directamente los índices de morbilidad y mortalidad en la población, sino que además tienen un alto impacto a nivel social y económico tanto en el paciente como la institución prestadora, por ende, la prestación de servicios de salud deben ser seguros ya que son inherentes a la calidad de la atención.

El estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización), realizado en España en el 2005, mostró los siguientes resultados en EA: (6)

(17).

- La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3%

- La incidencia de pacientes relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4%

- El 37,4% estaban relacionados con la medicación; las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total y un 25% estaban relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento.

- El 42,8% de estos se consideró evitable, en función de los criterios prefijados. La gravedad de también se asoció a su evitabilidad, de tal forma que los leves eran evitables en un 43,8%, los moderados lo eran en un 42% y los graves en un 41,9% aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística (17).

- En México, en 2005, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias publicó la frecuencia de EA presentados en 2001, en donde se observó prevalencia del 9.1% de incapacidad transitoria, el 17% de los pacientes que sufrió algún evento, condicionó prolongación de la estancia hospitalaria en 52%, contribuyeron a la mortalidad en 26 y 74% de los eventos era prevenible. Y en la actualidad, la seguridad en la atención de los pacientes es uno de los aspectos más importantes que requieren revisarse y desarrollarse para establecer un proceso efectivo de garantía de calidad en el cuidado de enfermería, donde un cuidado seguro es aquel que además de cumplir con las necesidades y expectativas del paciente, al ser desarrollado, alcanza un estado de logro que beneficia en todos los sentidos a la persona que es atendida. (18).

Estudio en español de ENEAS en una muestra de 24 establecimientos que tuvo por objetivos determinar la incidencia de EA en los hospitales de España, describir sus causas inmediatas, definir los EAs evitables, y conocer su impacto en términos de incapacidad, muerte y/o prolongación de la estadía hospitalaria. El estudio detectó una incidencia de 9,3% pacientes con EAs, la mayoría de ellos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria. En 22,2% el EA fue la

causa del reingreso. El 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves. El 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación, 25,0% con problemas técnicos durante un procedimiento, y 25,3% fueron infecciones nosocomiales. El 42,8% de los EAs se consideró vitales (19).

Estudio cooperativo internacional IBEAS sobre prevalencia de EA en 5 países de Latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), que involucró a 58 centros y el análisis de un total de 11.555 pacientes hospitalizados. La prevalencia de EA fue de 10.5%. Los EA detectados estuvieron relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de los medicamentos en un 8,23%, con infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. El 62,9% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 16,1 días, y un 18,2% de los EA causaron un reingreso. Un 60% de los EA se consideraron evitables. (19).

Como se ilustra anteriormente, es válido pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la “reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud” (20) Tal seguridad está basada en el cuidado del paciente e inmerso en los procesos de gestión de calidad. Si bien los EA eventos adversos son un tema de interés y dominio internacional, la clínica no ha sido ajena a esta situación, al igual que otras instituciones del sector; trabaja arduamente en la gestión e implementación de prácticas seguras durante el proceso de atención.

3.2 Formulación del Problema

¿Cómo se disminuye la ocurrencia de lesiones en piel prevenibles en los pacientes de una clínica de Medellín?

4. JUSTIFICACIÓN

A través de este estudio sobre el diseño de una estrategia, para el servicio de internación de una clínica de Medellín, se quiere disminuir la ocurrencia de lesiones en piel prevenibles en los usuarios, se quiere establecer una estrategia que ayude a mitigar dichas situaciones o eventualidades, que ocurren, en los servicios de hospitalización, para así minimizar estos casos, teniendo como base la evidencia de las debilidades presentadas, en periodos pasados. Garantizando así la calidad del servicio, para cualquier tipo de pacientes sin distinción alguna.

La seguridad del paciente es un problema de salud pública en todo el mundo, según constata la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y otros 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. De tal forma que millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo (21).

Actualmente, se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son aspectos fundamentales asociados a la cobertura sanitaria universal. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Por otra parte, y desde la puesta en marcha en 2004 del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. (21).

También se fortalecen los procesos de la calidad y seguridad de los usuarios, por parte de la administración en salud, desde lo que ofrece una clínica de Medellín,

Para una mayor eficiencia en la atención de los pacientes y el cuidado prevenible de lesión en piel.

La calidad, seguridad y el cuidados del paciente en una Clínica de Medellín, habla del servicio de intensivistas, luego de recibir la notificación de un embargo masivo con una medida cautelar emitida por el Juez Diecisiete del Circuito a 22 instituciones de salud en Colombia, hecho que actualmente tiene embargadas todas las cuentas, contratos (incluidos Barranquilla y Apartado que ya finalizaron) y créditos de la institución, dejándola con escaso flujo de caja y en una situación de iliquidez, que la ha llevado a reducir sus servicios, afectando a miles de pacientes (22).

A continuación se presenta un detalle de lo que se hace en una clínica de Medellín, como valoración para ejecución de la buena práctica de prevención de lesiones en piel durante 2 meses (octubre y noviembre de 2020).

Donde se evaluó en los usuarios del servicio:

- Riesgo de lesión
- Uso de apósitos transparentes
- Uso de colchón de aire alternante
- Aplicación de escala de Braden real Vs registrada
- Nota de enfermería pertinente

Durante esta evaluación se encontró que:

- Se encontraron pacientes con necesidad de colchón, apósitos y existiendo disponibles no fueron colocados
- Registros de enfermería y escala de valoración para riesgo de lesión no dan cuenta de lo que se encontró en el usuario realmente
- No hay registros pertinentes y descriptivos acerca de los reportes de sucesos presentados.

En el semestre 2019-2 se presentaron 3959 eventos adversos, en una clínica de Medellín: Servicios de urgencias, UCI, UCE, Cirugía y hospitalización. En B3 hospitalización 612, de los cuales fueron fallas en la preparación del paciente para procedimiento quirúrgico 113, lesiones en piel 85, caída 24, flebitis química: 49, flebitis mecánica: 49 las más frecuentes.

Con la realización de esta investigación se pretende encontrar un planteamiento, que sirva como estrategia para darle cumplimiento a los objetivos del estudio, alcanzando un nivel de prevención en el riesgo de lesiones en piel, para los pacientes de internación de una Clínica de la Ciudad de Medellín, y así mismo, proporcionándoles seguridad en la atención del servicio para cada paciente.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Diseñar una estrategia para disminuir la ocurrencia de lesión en piel prevenibles, en el servicio de internación de una clínica de Medellín.

5.2 Objetivos Específicos

- ❖ Identificar debilidades y fortalezas del procedimiento de prevención de lesión en piel “según altos estándares de calidad o según el cumplimiento del ciclo PHVA” de los pacientes de una clínica de Medellín.
- ❖ Evaluar la eficiencia del cumplimiento del manual de buenas prácticas de prevención de lesión en piel, para identificar fallas del proceso, y así mitigar el riesgo en los pacientes en el año 2020.
- ❖ Diseñar una estrategia que permita disminuir la ocurrencia de lesión en piel, con la finalidad de mejorar la atención en salud en los pacientes, que tiene riesgo en el servicio de internación de una clínica de Medellín.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 Marco Teórico (Política Internacional)

6.1.1 La Seguridad del Paciente

Es un componente esencial de la calidad de la atención. Efectuar la medición del riesgo que conllevan los cuidados hospitalarios es de suma importancia para el sistema de salud por el impacto que esto representa en diversas esferas de la vida, no solo desde el punto de vista sanitario sino también económico, jurídico, ético, social e incluso mediático. Esto implica llevar al campo de la salud pública el análisis de los riesgos y las probabilidades de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, así como la aparición de discapacidades, la ocurrencia de accidentes y otro tipo de eventos inesperados. (2).

La seguridad del paciente es una propuesta que induce al reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud, que con frecuencia son causas de eventos adversos. Las personas durante su proceso hospitalario pueden sufrir alguna lesión o complicación, sin ninguna intención se daña a la persona por falta de vigilancia, de material, exceso de trabajo, entre otras situaciones, que en ocasiones ponen en riesgo la vida misma del paciente, como es el caso de una medicación equivocada o una cirugía en un sitio incorrecto (23).

6.1.2 Eventos Adversos EV

Se reconoce a los eventos adversos como cada uno de los incidentes, imprevistos e inesperados, que ocurren como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente (2).

- ❖ Un evento adverso, es un daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí. Los eventos adversos se clasifican en:
- ❖ Evento Adverso grave; es aquel evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.
- ❖ Evento Adverso moderado Si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
- ❖ Evento Adverso leve Si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- ❖ Evento Adverso prevenible Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.
- ❖ Incidente con daños Denominado también como Evento Adverso, que es un incidente que causa algún daño al paciente.
- ❖ Incidente sin daños Es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable (2).

6.1.3 La Piel Humana

La piel humana, salvo en las palmas de las manos y las plantas de los pies, es bastante fina y de grosor variable. Tiene dos capas: la epidermis (externa) y la dermis (interna). La piel funciona como una barrera flexible, gracias a los componentes de colágeno y elásticos de la dermis. La piel proporciona un escudo o defensa única que protege, dentro de ciertos límites, frente a las fuerzas mecánicas y a la penetración de diversos agentes químicos. La piel controla la pérdida de agua del organismo y lo protege contra los efectos de la luz natural y artificial, del calor y del frío. La piel intacta y sus secreciones constituyen una barrera defensiva bastante eficaz frente a los microorganismos, siempre que no se altere por lesiones químicas o mecánicas. (24).

La piel no es un órgano aislado sino que debe considerarse como un sistema que se comunica con el ambiente interno. Además, la piel es una ventana donde el paciente refleja los cambios que pudiera tener por enfermedades internas. Éstas se expresarán como manifestaciones que pueden ser la única expresión de trastornos sistémicos, asintomáticos en un sinnúmero de ocasiones. La capacidad para diagnosticar las enfermedades internas por medio de la piel será a través de signos y síntomas que constituirán un desafío para su diagnóstico clínico. Una serie de signos, síntomas y trastornos dermatológicos pueden ser invaluableles como marcadores de enfermedad sistémica y todo médico generalista debe reconocerlos. La falta de reconocimiento de éstos puede resultar un retraso de diagnóstico y tratamiento y por tanto, permitir la progresión de una enfermedad grave o mortal (25).

6.1.4 Enfermedad en Piel

El crecimiento de la industria, la agricultura, la minería y las manufacturas han ido en paralelo con el desarrollo de enfermedades profesionales de la piel. Los primeros efectos nocivos descritos fueron ulceraciones de la piel causadas por sales metálicas en la minería. Al desarrollar los distintos pueblos y culturas el uso de materiales nuevos se han creado nuevas técnicas y procesos de fabricación. Estos avances tecnológicos han modificado el medio ambiente de trabajo y en cada período algún aspecto del cambio tecnológico ha alterado la salud de los trabajadores. Las enfermedades profesionales en general y las enfermedades de la piel en particular constituyen desde hace mucho tiempo uno de los efectos indeseables del avance industrial (24).

Para conocer mejor las características de la piel, te recomendamos la lectura de artículos previos como Enfermedades raras de la piel y su relación con la genética o Cuidados básicos de la piel sensible. En ellos te explicamos detalladamente, entre otras cosas, que la piel es el órgano más grande del cuerpo

humano, y que está formada por tres capas: la epidermis, la dermis y la hipodermis. La piel lleva a cabo varias funciones, entre la que podemos destacar su papel como barrera protectora que defiende a nuestro organismo de las agresiones de agentes externos como virus y bacterias, entre otros (26).

Esta capacidad protectora puede verse alterada si un elemento inflama o irrita la piel. La disciplina que se encarga de estudiar, prevenir y tratar las diversas patologías que afectan a la piel al igual que del cuidado de la piel sana se llama dermatología. Estas patologías que afectan a la piel pueden ser desde enfermedades cutáneas primarias, hasta enfermedades sistémicas cuyos síntomas se manifiesten a través de la piel. La mayor parte de enfermedades de la piel no son graves, sin embargo, suelen acarrear síntomas molestos que además, pueden influir en el ánimo del paciente, ya que la mayoría de ellas suelen ser visibles (26).

6.1.5 Enfermedad renal crónica

Una enfermedad renal crónica es prurito es uno de los síntomas cutáneos más característicos y molestos de la insuficiencia renal crónica, que no desaparece necesariamente con la diálisis, aunque disminuye con el trasplante renal. Su prevalencia varía entre el 20 y el 90%. El prurito se ha asociado al hiperparatiroidismo secundario, a la xerosis, al aumento de los niveles séricos de urea, magnesio, calcio, fosfato de aluminio, histamina, hipervitaminosis A y a la anemia por deficiencia de hierro. El tratamiento es difícil. No responde a los antihistamínicos, ni a los corticoesteroides sistémicos. La terapia de primera línea siguen siendo los emolientes, el tacrolimus y la fototerapia con ultravioleta B. Las terapias sistémicas, como la gabapentina, el carbón activado, la naltrexona y el nalfurafine están reservadas para las formas resistentes de prurito urémico (25).

En una evaluación realizada en 42 pacientes en tratamiento hemodialítico en el Servicio de Nefrología del Hospital Centenario de Rosario, las manifestaciones

cutáneas más frecuentes fueron prurito (64%), hiper pigmentación (61%), xerosis (54%), alteraciones en las uñas (45%) y alteraciones en el pelo (23%). Con relación al prurito no se encontraron diferencias en su incidencia en relación al sexo de los pacientes o al tipo de membrana utilizada en la hemodiálisis. Sí se observó mayor incidencia en aquéllos con mayor tiempo de evolución de la hemodiálisis (25).

❖ Colestasis

El prurito es el síntoma más frecuente y se puede acompañar de lesiones de urticaria aguda o crónica, crioglobulinemia, liquen plano o porfiria cutánea tarda. Suele ser intenso y generalizado. La causa es el aumento de los ácidos biliares y no el aumento de la bilirrubina; se puede presentar sin ictericia. Por este mecanismo se produce el prurito gestacional (25).

❖ Alteraciones endocrinas y metabólicas

El prurito es frecuente tanto en el hipertiroidismo como en el hipotiroidismo, en el hiperparatiroidismo y en pacientes con diabetes (25).

❖ Alteraciones hematológicas

El prurito puede estar presente en pacientes con anemia ferropénica, síndromes mieloproliferativos (policitemia vera), linfomas (linfoma de Hodgkin, linfoma cutáneo de células T) (25).

6.1.6 Evento Adverso (EA)

Es un daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí, la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, se ahonda un poco más en dicho concepto, definiendo el evento adverso como todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas. Es decir, se acota la definición de evento adverso a aquel incidente que genera daño al paciente, causado después de que éste ingresa a la institución médica y está relacionado más con el cuidado proveído, o con ocasión de éste, que con la enfermedad que sufría originalmente y por la cual requirió su internamiento

a la unidad hospitalaria. Este tipo de incidentes constituye un resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error, y el cual surge durante la atención clínica, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente, es decir, el Evento Adverso es el daño ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente. (2).

Un evento adverso (EA), es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos eventos adversos son inevitables, por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, ésta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes a nivel mundial (23).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de 1 de cada 10 pacientes que recibe atención en salud en el mundo le ocurre al menos un EA.² Para conocer de manera confiable la frecuencia con la cual se presentan estas situaciones se han utilizado estudios de incidencia y de prevalencia. En contraste, las cifras obtenidas de los sistemas de reporte de EA no son factibles, ya que la mayoría de ellos no se registran o se reportan. A nivel mundial se han realizado varios estudios para evaluar la incidencia de los mismos; sin embargo, han destacado los estudios de incidencia del Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS)³ y del Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS) (23).

6.2 Marco Legal (Normativa Nacional regional municipal)

6.2.1 Ley 100 de 1993 Norma General

El modelo adoptado por medio de la Ley 100 de 1993 aparece en el país bajo el paradigma neoliberal de eficiencia de mercado, como garante para la provisión de los servicios sociales. En los años ochenta y noventa los países denominados

subdesarrollados fueron sometidos a una serie de medidas conocidas como el “Consenso de Washington”, cuya base es el debilitamiento del Estado, la flexibilización laboral, la apertura económica, las políticas focalizadas en los más pobres y vulnerables, fuertes medidas impositivas, el ajuste fiscal, entre otras (11).

Para el campo de la salud, se estructuró un modelo basado en el “pluralismo estructurado”, fundado en la separación de funciones (financiamiento, modulación, administración y prestación) con aseguramiento comercial en competencia regulada y subsidio a la demanda para los pobres. Con base en este enfoque, en Colombia se implementaron varios cambios entre los que se destacan la eliminación del monopolio público de la seguridad social, la libre competencia entre aseguradores mediante la creación de Entidades Promotoras de Salud – EPS, con mecanismos de regulación definidos por el Estado, en especial, el pago a las EPS por unidades de pago por capitación (UPC) para garantizar un plan de beneficios (POS), la constitución de dos regímenes según la capacidad de pago (contributivo y subsidiado), con subsidio a la demanda basado en la demostración de pobreza mediante el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – SISBEN, y financiación mixta de contribuciones e impuestos con flujos de recursos, instituciones y poblaciones separadas (11).

ARTICULO 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público (27).

ARTICULO 228. Revisoría Fiscal. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal

cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas. Corresponderá al Superintendente Nacional de Salud dar posesión al Revisor fiscal de tales entidades. Cuando la designación recaiga en una asociación o firma de contadores, la diligencia de posesión procederá con relación al contador público que sea designado por la misma para ejercer las funciones de revisor fiscal. La posesión sola se efectuara una vez el Superintendente se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del peticionario. (27).

ARTICULO 1o. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro ARTICULO 2o. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. (27)

6.2.2 Decreto 1011 de 2006, política nacional de prestación de servicios de salud, Resolución 1445 de 2006, política nacional de seguridad del paciente

ARTÍCULO 17°.- ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. De conformidad con las disposiciones consagradas en el presente decreto y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (23).

ARTÍCULO 29°.- ENTIDAD COMPETENTE. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB. PARÁGRAFO.- El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las EAPB, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades. La Superintendencia Nacional de Salud informará al Ministerio de la Protección Social el resultado de las visitas y deberá consolidar la información de habilitación de estas entidades. Las EAPB que a la entrada en vigencia el presente Decreto no cuenten con reglamentación específica, deberán demostrar ante la entidad de control el cumplimiento de las condiciones de operación que se establezcan dentro de los seis (6) meses siguientes a su definición.

6.3 Marco Contextual

Una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Medellín, con servicios de alta complejidad: es una de las más reconocidas en Medellín, la cual presta servicios habilitados de: Ayudas diagnósticas, cirugía, consulta externa, hospitalización, laboratorio clínico, UCI – UCE adultos y urgencias con miras a convertirse en hospital universitario y acreditado. Es una entidad de carácter mixta, ya recibe y realiza contratación con EPS tanto del régimen contributivo, sino también subsidiado y especial. Inició operaciones el 1 de noviembre de 1998 año y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia mediante Resolución 1.566 del 4 de diciembre de 1998 le otorgó personería jurídica y en consecuencia cuenta con autonomía administrativa, técnica y financiera (28).

7. METODOLOGIA

7.1 Estudio

Este se desarrolla de acuerdo a la investigación descriptiva y cualitativa, en el cual se toma como referente “**Conocimiento de las Buenas Prácticas de Lesión en Piel**”, por parte de los profesionales de la salud de la clínica, esto que les sirva para garantizar las estrategias que permita disminuir la ocurrencia de lesiones en piel prevenibles, en los usuarios con riesgo de presentarlas del año 2020 y periodos futuros. (29)

7.2 Método

El método de esta investigación se realiza, a través de la evaluación eficiente de las acciones de mejora para identificación de las fallas en los procesos evidente de lesión en piel, de los pacientes, para mitigar el riesgo en su diagnóstico todo el desempeño del año 2020 (29).

7.3 Enfoque

Se realiza con base en la interpretación analítica que obtiene de los registros diarios de la una valoración de la aplicación de la buena práctica de prevención de lesiones en piel (29).

7.4 Diseños

El estudio se fundamenta en diseñar de la estrategia para disminuir la ocurrencia de lesión en piel prevenibles, en el servicio de internación de una clínica de Medellín. (29).

7.5 Población del estudio

Es un estudio atípico, donde se dimensiona la valoración, con base en los registros del procedimiento clínico, que se toma de acuerdo al reporte presentado

por la ocurrencia de lesión en piel prevenibles, en el servicio de internación de una clínica de Medellín. Se toma con la base de datos del servicio de internación de la clínica (29).

7.6 Fuentes de Información

Las fuentes se realizan con base en consultas de documentos, artículos de revistas indexadas, textos bibliográficos, informes institucionales, además el instrumento metodológico de investigación para la construcción del análisis de datos cualitativos y resultados, de donde se desarrollan la investigación general. Según Sampieri (2010), Se compone con el consolidado de los datos de consulta e investigación para la conclusión del estudio, el cual es por la información de biblioteca virtuales, consultas de libros, internet y asesorías con el docente de la universidad (29)

7.6.1 Fuentes primarias

Se conforma de toda la información de la documentación primaria, es decir de donde se origina la investigación, a través de las opiniones de personas, las cuales son expertos que hacen aportes sustanciales al tema a través de entrevistas de consulta a expertos que conocen del tema, para el análisis de datos con relación al tema (29)

7.6.2 Fuentes Secundarias

- Datos históricos obtenidos de las entidades de salud a nivel nacional y de local de Antioquia.
- Internet – información digital al respecto del tema
- Asesorías particulares

Libros y documentos en general. (29)

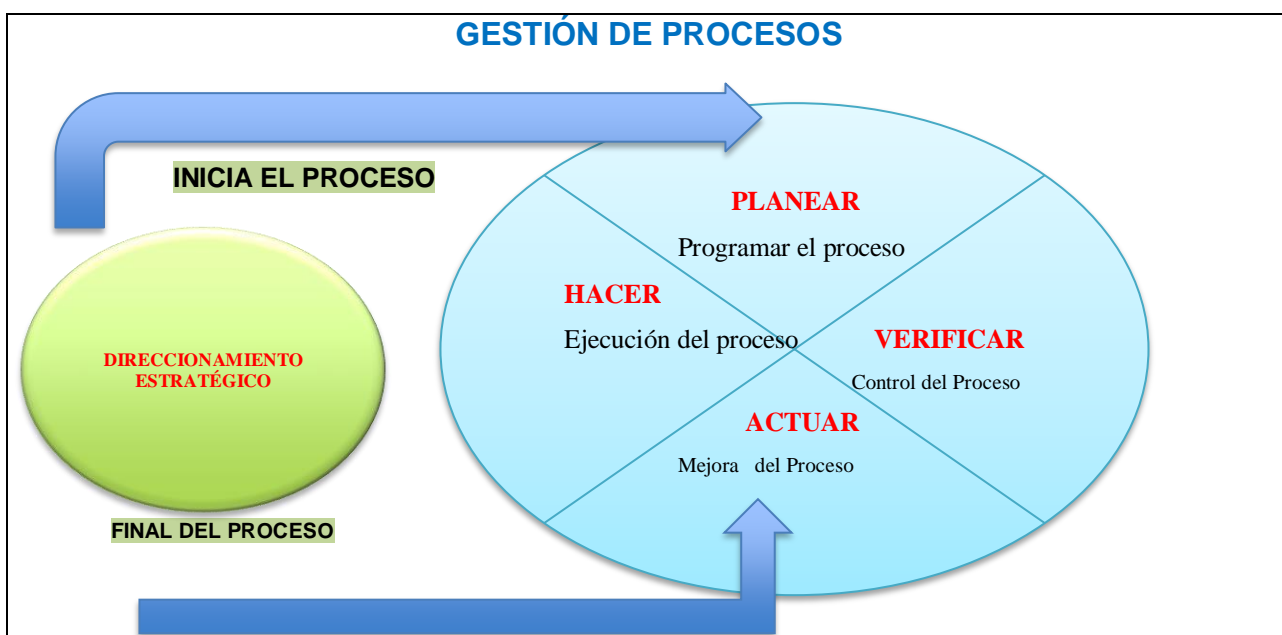
8. RESULTADOS

8.1 Debilidades y fortalezas para el proceso preventivo

Por medio de este primer resultado del estudio se busca identificar las debilidades y fortalezas presentes en el procedimiento de prevención de lesión en piel “según altos estándares de calidad o según el cumplimiento del ciclo PHVA” de los pacientes de una clínica de Medellín.

A través de este ciclo PHVA, se trata de identificar las debilidades y fortalezas, que se encuentran en el proceso de prevención de lesión de piel en una clínica de Medellín, con la intención de evidenciar cuáles son los resultados, que reportan los profesionales de la salud dentro del servicio de internación de dicha clínica.

Tabla 1 ciclo PHVA en una Clínica de Medellín

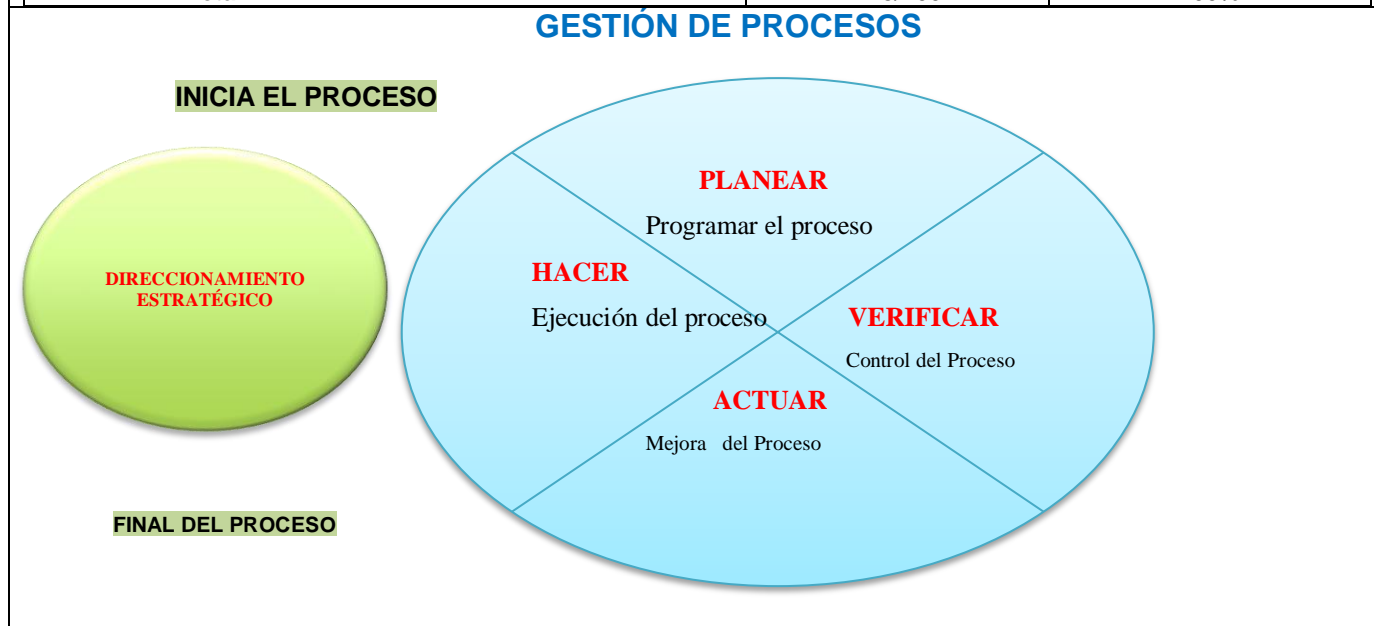


Fuente elaboración propia para el estudio.

Además con el detalle del direccionamiento estratégico de los profesionales administrativos de la salud, para ejercer una participación especial y el control de cada uno de los procesos de gestión., se llega a identificar los resultados del ciclo PHVA, con el cual se traduce a las debilidades y fortalezas de una clínica de Medellín.

Tabla 2 Descripción del ciclo PHVA en una Clínica de Medellín

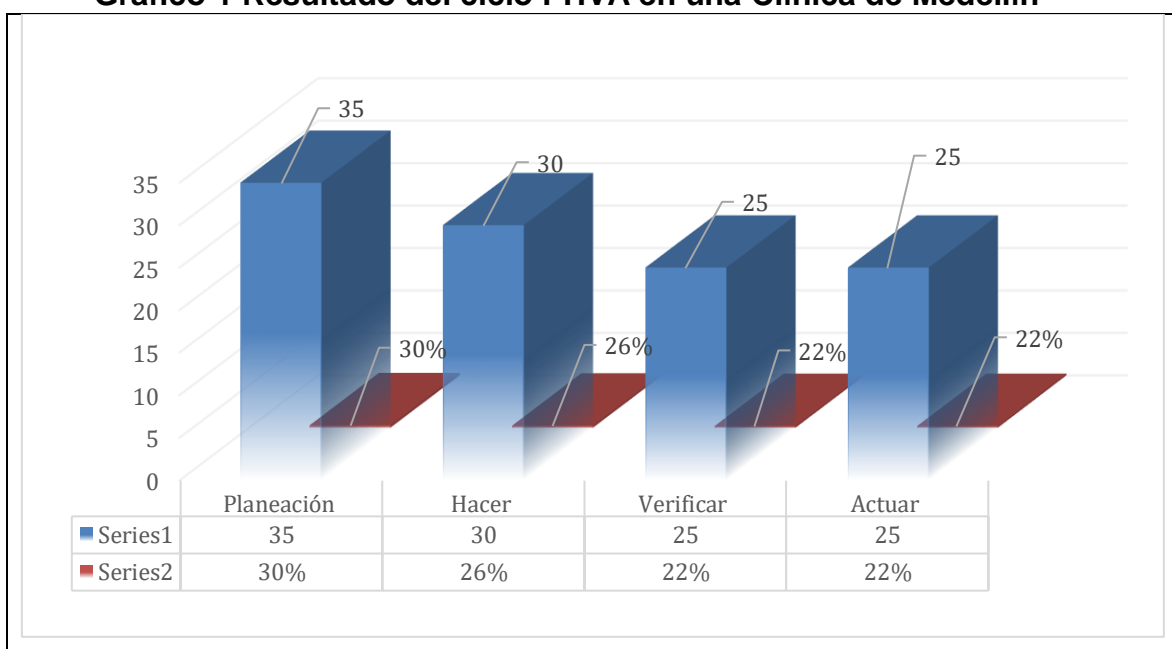
Datos del ciclo PHVA en una Clínica de Medellín	Calificación aplicado a una Clínica de Medellín	Porcentaje aplicado a una Clínica de Medellín
Planeación: Se planea los procesos desde el Manual de Buenas prácticas de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP/UPP	35/50	30%
Hacer : Las auxiliares realiza el procesos de registro como se indica en el Manual de Buenas prácticas de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP/UPP	30/50	26%
Verificar : se controla el proceso como se indica en el Manual de Buenas prácticas de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP	25/50	22%
Actuar: se aplican los correctivos para que se cumpla con lo que se dicen en el Manual de Buenas prácticas de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP/UPP.	25/50	22%
Total	115/200	100%



Fuente elaboración propia para el estudio.

Para análisis estudio, se tienen en cuenta el conocimiento y proceso de las auxiliares a través de los registros diarios, que se dejan de la base de datos sobre el diagnóstico clínico de los pacientes, en el proceso de lesión de piel desde el servicio de internación de dicha clínica. Esto traducido en el ciclo PHVA se puede observar a través de la siguiente tabla con la valoración que muestra en ella, en donde la calificación máxima por cada parte del ciclo es 50 y lo mínimo es 10, en la gráfica 1.

Gráfico 1 Resultado del ciclo PHVA en una Clínica de Medellín



Fuente: Elaboración propia para el estudio, con información suministrada de una Clínica de Medellín

En el desarrollo de esta parte del estudio se realizaron 4 reportes, para dar cumplimiento al ciclo PHVA, y así poder valorar la calificación de cada uno de ellos en los hallazgos de la información. En donde, luego del detalle de este estudio, se puede evidenciar en la tabla número 3 y en el gráfico número 1, que todo es calificado con base en el desempeño encontrado en los reportes. Por consiguiente la planeación es calificada con 35 y corresponde al 30% del estudio. Asimismo el hacer es calificado con 30 y representa el 26% de la

investigación. De igual forma el verificar es calificado con 25, qué equivale al 22% del proceso. Y finalmente el actuar es calificado con 25, qué es igual al 22% también del estudio. Todo para un total de 115 sobre 200.

Esto significa que el proceso de prevención de lesiones piel en una clínica de Medellín debe mejorar, porque la calificación reflejada es baja, y se debe hacer un mejoramiento, con base en las buenas prácticas de planea los procesos desde el Manual de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP/UPP. (Ver gráfico 1).

8.2 Desempeño y Cumplimiento de buenas prácticas de prevención de lesión en piel

Dando continuidad al proceso investigativo, también se busca percibir el desempeño, la eficiencia y el cumplimiento del manual de buenas prácticas de prevención de lesión en piel, para identificar fallas del proceso, y así mitigar el riesgo en los pacientes en el año 2020.

Para la verificación del proceso de evaluación, en el cumplimiento de las buenas prácticas de la prevención de lesión en piel de una clínica de Medellín, se realizó un proceso con base en los eventos del servicio, que reflejan cada uno de los protocolos en relación a los riesgos procesos y lesiones en piel, en los diferentes bloques de la entidad de salud en estudio. (Ver Tabla 6)

Para ello se hace la representación desde lo general a lo particular para poder llegar al punto principal del foco del cumplimiento en el buen desempeño manual de la prevención de elección en piel. (Ver tablas 3, 4 y 5).

Por consiguiente se presentan los registros en donde se hace evidente, desde un resumen práctico y protocolo, de cada uno de los procesos que las profesionales en salud, asignadas a los registros (de 4 meses), es una función que se hacen diario

desde los protocolos de registros, en donde se debe que tener en cuenta las buenas prácticas del manual de prevención de lesión en piel, para los pacientes en el servicio de internación de una clínica de Medellín.

En cada uno de los registros se puede evidenciar los casos más representativos, qué son los que tienen la mayor valoración, en los eventos adversos con relación a la situación de los pacientes, estos son registros realizados por las auxiliares de enfermería, en cada turno proceso que se desarrollan a diario, cómo un seguimiento de diagnóstico que deben tener las profesionales en el desempeño de su trabajo con pacientes.

Tabla 3 Eventos Adversos por Servicio una Clínica de Medellín - Año 2020

DETALLE	EVENTOS ADVERSOS POR SERVICIO POR BLOQUE UNA CLÍNICA DE MEDELLÍN - AÑO 2020									
	En e	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Total
Bloque-Piso-Área										
HOSPITALIZACION M. Interna	105	102	137	145	139	154	166	183	138	1269
URGENCIAS ADULTOS	59	39	58	31	31	31	55	62	45	411
HOSPITALIZACION Quirúrgica	17	36	30	37	27	41	44	61	77	370
UCI- UCE	134	112	108	119	92	74	112	192	247	1190

Fuente: Elaboración propia para el estudio, con información suministrada de una Clínica de Medellín.

En la tabla 3 se relacionan cada uno de los servicios con que cuenta una clínica de Medellín en donde se toma el registro total por mes de los eventos adversos del servicio del cual se analizarán los detalles más relevantes de este caso.

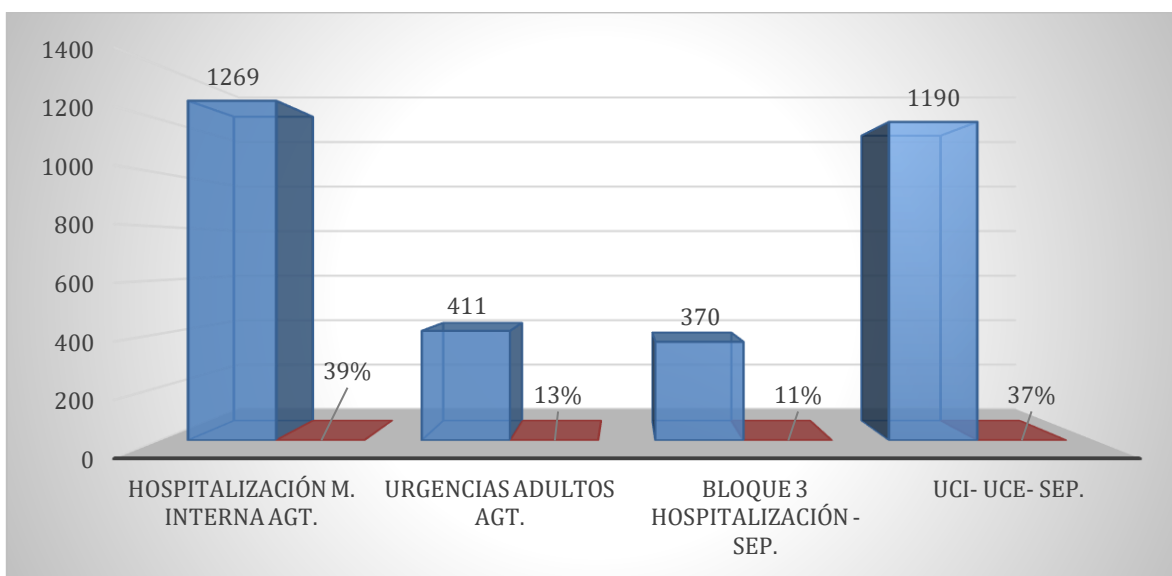
Tabla 4 Servicio Más Representativo Por Bloque

DETALLE	MESES DE MAYOR EVENTOS ADVERSOS	DATOS TOTALES	PORCENTAJE

Hospitalización M. Interna Ago.	183	1269	39%
Urgencias Adultos - Ago	62	411	13%
Hospitalización Quirúrgica - Sep.	77	370	11%
UCI- UCE- Sep.	247	1190	37%
Total	569	3240	100%

Fuente: Elaboración propia para el estudio, con información suministrada de una Clínica de Medellín.

Gráfico 2 Servicio Más Representativo Por Servicio



Fuente: Elaboración propia para el estudio, con información suministrada de una Clínica de Medellín.

En toda esta interpretación la cual procede de las tablas 3 y 4, que proviene de información de una Clínica de Medellín (**EVENTOS ADVERSOS POR SERVICIO POR BLOQUE UNA CLÍNICA DE MEDELLÍN - AÑO 2020**). Se analiza, que en la tabla 3 que en hospitalización medicina interna, en los meses de agosto se presentó el mayor evento del servicio con los pacientes, con una valoración de 183 casos de hospitalización. Asimismo en urgencias de la parte de adultos, se puede evidenciar que en el mes de agosto hubo 62 casos de atención en el servicio. De igual forma en hospitalización quirúrgica, el caso más relevante fue el de septiembre con 77

pacientes hospitalizados. Y en el reporte de la UCI- UCE se evidencia en el mes de septiembre 247 casos de hospitalización en el servicio cada uno de estos casos son los más representativos de la tabla 4. Ahora bien al ver los totales se evidencia que la mayor valoración fue la de hospitalización medicina interna con 1269 eventos en todo el 2020 y UCI- UCE con 1190 eventos de hospitalización del servicio. Todo esto refleja que la atención por los diferentes eventos dentro de una clínica de Medellín, es amplio y debe estar muy bien atendida, y con buen manejo del conocimiento en los procedimientos clínicos para cada paciente.

Tabla 5 Eventos Adversos por mes en una Clínica de Medellín - Año 2020

EVENTOS	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Total
Caída	9	14	10	12	11	15	15	21	18	131
Dermatitis	1	1	0	4	0	1	1	5	3	16
Desfacelación	8	10	11	8	11	10	10	4	15	87
Extravasación	12	9	12	8	5	9	14	11	11	91
Fallas en la Admón. de medicamentos	1	1	2	1	1	2	1	7	4	20
Fallas en preparación del paciente para ayudas diagnosticas	0	4	0	0	1	1	0	1	0	7
Fallas en la preparación del paciente para procedimiento quirúrgico	0	1	2	1	0	0	0	0	0	4
Flebitis bacteriana	2	6	0	1	2	4	1	4	2	22
Flebitis mecánica	12	23	38	19	20	29	35	29	41	246
Flebitis química	3	7	10	25	20	4	6	5	8	88
Laceración	11	6	10	15	12	17	20	14	18	123
Lesión por fricción	11	0	11	12	5	13	14	19	11	96
Lesión por presión intra institucional	93	69	103	73	86	76	88	125	186	899
Lesiones por humedad	16	18	22	16	13	12	6	15	14	132
Total	179	169	231	195	187	193	211	260	331	1962

Fuente: Elaboración propia para el estudio, con información suministrada de una Clínica de Medellín.

El cuadro refleja los eventos adversos ubicados dentro de una clínica de Medellín, trimestres del año 2020 de ellos se sacó el reporte de cada registro de las situaciones reportadas por las auxiliares en los diferentes conceptos cómo se puede evidenciar en la tabla 5, para hacer una mayor interpretación de este resultado se

puede observar que en la tabla están marcados resaltados los meses de mayor valoración en su reporte o diagnóstico clínico con los pacientes.

Tabla 6 Eventos Adversos más Representativos del Año 2020

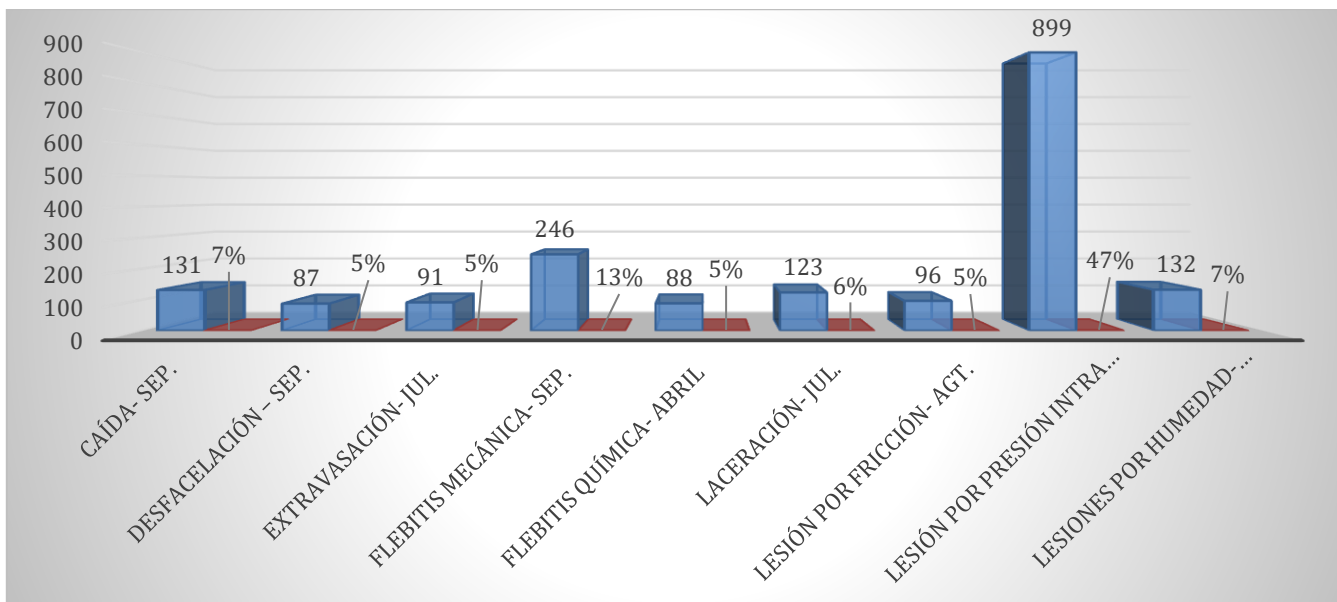
EVENTOS	Mes más representativo	Toral de los casos	Porcentaje
Caída- Sep.	18	131	7%
Desfacelación – Sep.	15	87	5%
Extravasación- Jul.	14	91	5%
Flebitis mecánica- Sep.	41	246	13%
Flebitis química- Abril	25	88	5%
Laceración- Jul.	20	123	6%
Lesión por fricción- Agt.	19	96	5%
Lesión por presión intra institucional- Sep.	186	899	47%
Lesiones por humedad- Marzo	22	132	7%
TOTAL	360	1893	100%

Fuente: Elaboración propia para el estudio, con información suministrada de una Clínica de Medellín.

Se tiene el total de todos los detalles, de cada uno de los eventos adversos reportados dentro de este estudio, es importante además evidenciar que dentro de estos totales, se pueden percibir cuáles son los eventos de mayor relevancia para las situaciones clínicas en los pacientes, de acuerdo al acompañamiento reportado por las auxiliares estos casos se diagnostican en un análisis interpretativo. Cómo se puede evidenciar en esta tabla 6 y en el gráfico 2, se mencionan los casos más representativos del estudio. Para empezar: en el mes de septiembre hubo 18 caídas, en el mes de septiembre 15 desfacelaciones, en el mes de septiembre también hubo un total de 41 flebitis mecánicas. Y entre los casos más mencionados, se puede observar la lesión por presión intra- institucional, la cual en septiembre que tiene un total de 186, De otro modo dentro de los totales es claro el reporte en donde se alcanza a notar que las caídas tienen un total de 131. La flebitis mecánica tiene un total de 246 que corresponde al 13%. La laceración tiene un total de 123,

y corresponde al 6% de la investigación. La lesión por presión intra institucional refleja 899, con un porcentaje de 47%. La lesión por humedad en marzo tiene un reporte del 7%, es decir 132 casos, estos por mencionar los más representativos cada uno de los eventos Adversos más representativos del Año 2020.

Gráfico 3 Eventos Adversos más Representativos del Año 2020



Fuente: Elaboración propia para el estudio, con información suministrada de una Clínica de Medellín.

Es importante el proceso indica que el acompañamiento, siempre ha estado dentro de las funciones que se realizan en los protocolo de salud, en donde se hace el registro a través de la base de datos que dejan en las auxiliares dentro de su reporte diario, como un diagnóstico clínico de los pacientes de seguimiento. Dicho reporte es revisado por otras auxiliares o por su jefe, pero cuando ellas hacen el control del reporte por desconocimiento de las auxiliares, es evidencia fallas o errores que no son normales. Esto demuestra la falta de conocimiento en los procesos por parte de algunas auxiliares.

Tabla 7 Eventos adversos Hospitalización de una Clínica de Medellín - 2020

Detalle	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Agot.	Sep	Total
Caída de la cama	0	1	0	1	1	0	1	4	3	11
Caída de la propia altura o mientras deambula	0	0	1	0	0	1	2	1	2	7
Caída en el baño	0	2	0	0	0	1	0	1	1	5
Dermatitis	0	0	0	2	0	1	0	1	0	4
Desfacelación	0	1	3	2	1	2	2	0	3	14
Extravasación	1	3	1	1	0	1	1	1	1	10
Flebitis bacteriana	1	0	0	0	1	1	0	0	1	4
Flebitis mecánica	0	8	2	0	0	2	3	6	11	32
Flebitis química	0	8	2	0	0	2	3	6	11	32
Laceración	2	1	0	2	3	0	3	2	3	16
Lesión por fricción	0	0	1	4	1	3	3	3	5	20
Lesión por presión intra institucional	4	10	8	9	11	5	7	12	20	86
Lesiones por humedad	0	3	2	4	1	1	1	1	2	15
Total	8	37	20	25	19	20	26	38	63	256

Fuente: Elaboración propia para el estudio, con información suministrada de una Clínica de Medellín.

8.3 Evaluación de la eficiencia del cumplimiento en las buenas prácticas de prevención de lesión en piel

A través de la evaluación del protocolo de las buenas prácticas de lesión en piel, se interviene directamente el proceso que realizan las auxiliares, en el desempeño del registro diario como evidencia del diagnóstico clínico de cada paciente, de tal forma que se pueda controlar tales funciones y verificar el estado de salud de cada uno de los usuarios del servicio de internación de una Clínica de Medellín.

Tabla 8 Evaluación de la ocurrencia de lesión en piel prevenibles, en el servicio de internación de una clínica de Medellín

NOMBRE	LESIÓN	APÓSITOS	COLCHÓN	BRADEN	B. ENCONTRADA	NOTA DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
PROFESIONAL A	SI	SI	N/A	ADECUADO	13	Nota de enfermería no coincide con el paciente	Paciente con riesgo moderado, no se evidencia presencia de apósitos transparentes en HC, se observa lesión ya reportada.
PRFESIONAL B	SI	SI	N/A	ADECUADO	13	Nota de enfermería coincide con el paciente	Paciente con riesgo moderado, no se observa en HC presencia de apósitos, lesiones reportadas.
PROFESIONAL C	SI	SI	N/A	ADECUADO	14	Nota de enfermería coincide con el paciente	Paciente con riesgo moderado, no se observa en HC presencia de apósitos.

Fuente: Elaboración propia para el estudio

- Se realizó una valoración de la aplicación de la buena práctica de prevención de lesiones en piel durante 2 meses (octubre y noviembre 2020) (8 observaciones)

Donde se evaluó en los usuarios del servicio:

- Riesgo de lesión
 1. Uso de apósitos transparentes
 2. Uso de colchón de aire alternante
 3. Clasificación de escala de Braden real Vs registrada
 4. Nota de enfermería pertinente

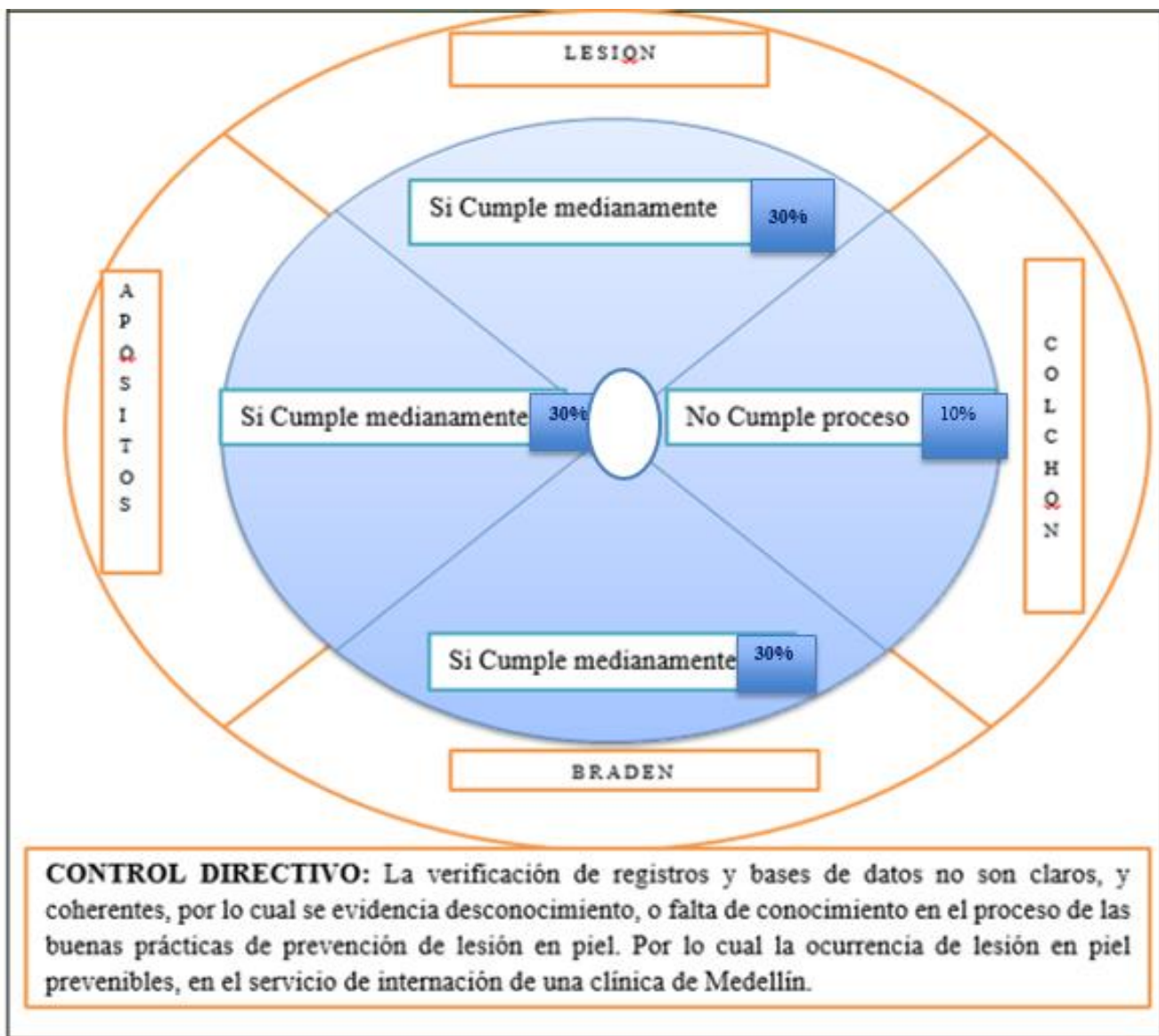
- Durante esta evaluación se encontró que:
 - Se encontraron pacientes con necesidad de colchón y apósitos transparente y existiendo disponibles no fueron colocados
 - Registros de enfermería y escala de valoración para riesgo de lesión no dan cuenta de lo que se encontró en el usuario realmente

- No hay registros pertinentes y descriptivas acerca de los reportes de sucesos presentados

En el semestre 2019-2 se presentaron 3959 eventos en una Clínica de Medellín Servicios de urgencias, UCI, UCE, Cirugía y hospitalización

En hospitalización 612, de los cuales fueron fallas en la preparación del paciente para procedimiento quirúrgico 113, lesiones en piel 85, caída 24, flebitis química: 49, flebitis mecánica: 49 las más frecuentes.

Gráfico 4 Evaluación de la ocurrencia de lesión en piel prevenibles, en el servicio de internación de una clínica de Medellín.



Fuente: Elaboración propia para el estudio.

8.4 Diseño de la Propuesta Estratégica

En consecuencia, con la realización de toda esta investigación, se llega a la recopilación de un instrumento importante para la mejora la atención en salud en los pacientes, que tiene riesgo en el servicio de internación de una clínica de Medellín, el diseño e implementación de la propuesta, para establecer un proceso detallado de cada una de los ítems, que los profesionales de la salud deben cumplir y aplicar en las actividades diarias de manera minuciosa, en cada uno de los usuarios de los servicios de internación para lograr los propósito del PHVA, y así dar cumplimiento a lo establecido en el manual de buenas prácticas de lesión en piel institucional, buscando un mejor desarrollo general del servicio con la intención de disminuir la ocurrencia de lesión en piel y mitigar, cualquier el de riesgo que puede afectar el buen desempeño del servicio de manera integral. Se propone finalmente darle cumplimiento total, a lo planteado en esta propuesta para el mejoramiento total de los procesos de una Clínica de Medellín. (Ver Gráfico 5). Los errores del protocolo se mejorarían con la implementación de la propuesta, ya que la estructura que se está planteando no se tiene en una Clínica de Medellín, a pesar de que existe el manual de la buena práctica de prevención de lesión en piel. Y así, se mejore el proceso totalmente con la estructura de la propuesta, ya que allí está el paso a paso de lo que se debe hacer para el buen desempeño de cada función.

El diseño de la guía rápida como estrategia para disminuir la ocurrencia de lesión en piel, busca fortalecer y afianzar más los procesos que tienen que desarrollar los profesionales de la salud, (Médicos, profesionales y auxiliares de enfermería), para evaluar rápidamente que necesidades tiene el usuario y dar cumplimiento de acuerdo a lo planteado en el manual. Lo que quiere decir, que la guía rápida es un instrumento eficiente para la prevención de lesiones en piel, además es un proceso que permite a las auxiliares, poder desarrollar una valoración de una manera más precisa y clara, y ser un apoyo para las múltiples actividades que realizan cada día en la clínica.

En efecto se puede evidenciar, en el diseño de la guía rápida que se presenta en el gráfico N°5, se observan tres rutas principales, de las cuales se presenta: una primera orientación como explicación del Manual de las buenas prácticas de prevención de lesiones en piel.

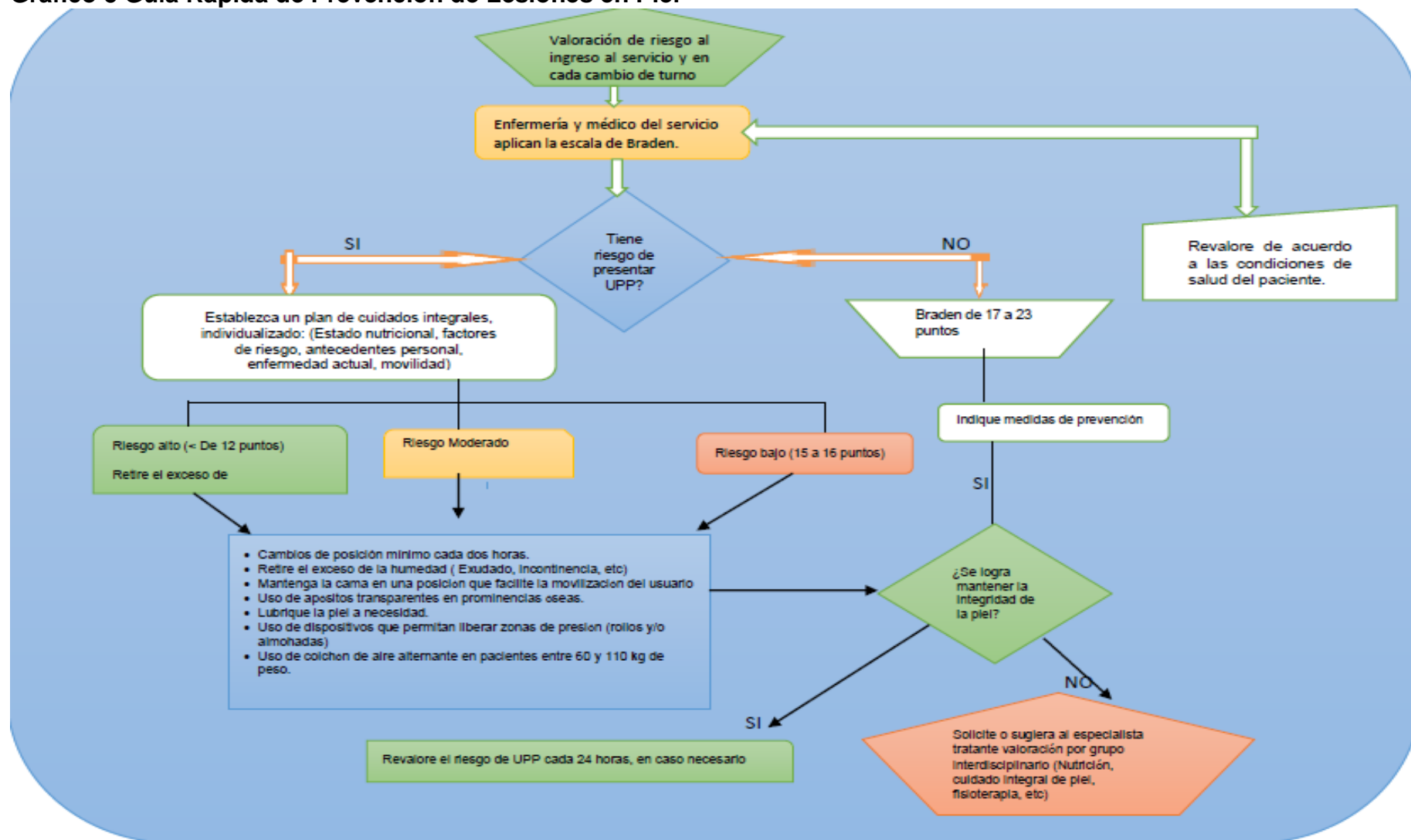
Es decir, la valoración del riesgo inicial en el ingreso del paciente en el servicio de internación, en cada turno la enfermera o el médico del servicio, aplicarán la escala de Braden. De la cual se desprenden tres opciones así; para ello se presenta un paso a paso.

1- En caso de tomar la opción de la primera flecha, es contar con la orientación de revalorar de acuerdo a las condiciones de salud del paciente, es una sola opción en la cual debe valorar bien cada uno de los indicativos según su condición y la indicación que muestra el manual, en la valoración clara del paciente.

2- En caso de tomar el riesgo presente en UPP: a la derecha está la opción sí, que explica cómo establecer el plan, de acuerdo con la integralidad del individuo o paciente, a través del riesgo según el estado nutricional, los factores de riesgo, los antecedentes de la persona, las enfermedades actuales, y la movilidad; son todos estos factores que se deben entrar a considerar, para que la enfermera, o el médico puedan proceder con la guía en tres opciones, que siguen en un detalle amplio para dar cumplimiento a un buen proceso en la atención y la prevención de lesión en piel.

3- En caso de tomar el riesgo presente en UPP: a la izquierda está la opción que dice no, en donde explica según Braden de 17 a 23 puntos, detallados en el Manual de buenas prácticas de prevención de lesiones en piel, en el que se indican medidas de prevención, siguiendo paulatinamente la guía rápida, a través de este detalle de orientación, para que se pueda cumplir con un proceso lógico y eficiente, en el buen servicio de la atención al paciente (Ver Gráfico 5).

Gráfico 5 Guía Rápida de Prevención de Lesiones en Piel



Fuente: Elaboración propia para el estudio.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 Conclusiones

Luego de realizar la investigación, se puede decir que el diseño de una estrategia para disminuir la ocurrencia de lesión en piel, en el servicio de internación de una clínica de Medellín, es de gran importancia, ya que se evidencia que se debe realizar un registro diario de las actividades y condiciones que se evidencien en los pacientes, en el desempeño de la labor del personal de enfermería, con el fin de brindar una atención de acuerdo al estado del usuario, y con el objetivo de cumplir lo estandarizado en el manual de buenas prácticas de prevención de lesiones en piel institucional. En donde además se debe promover la seguridad y el cuidado del paciente en una clínica de Medellín.

En el estudio se pudo identificar debilidades y fortalezas del procedimiento de prevención de lesión en piel “según altos estándares de calidad o según el cumplimiento del ciclo PHVA” de los pacientes de una clínica de Medellín. Del cual se pudo evidenciar con esta investigación en una clínica de Medellín, que habían un porcentaje del 45% de fallas y errores en la gestión de procesos de registros, de allí que no cuentan con un ciclo PHVA definido, en donde se pudiera aplicar el direccionamiento estratégico acorde al manual de buenas prácticas de prevención de lesiones en piel.

Se les deja un Direccionamiento Estratégico a los profesionales administrativos de la salud, con un detalle evaluativo, para ejercer un control específico en la gestión,

para la atención y prevención de lesión de piel en una clínica de Medellín. El cual indica y evalúa el proceso del Ciclo PHVA “**Planear** Se planea los procesos desde el Manual de Buenas prácticas de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP/UPP, **Hacer**, Las auxiliares realiza el procesos de registro como se indica en el Manual de Buenas prácticas de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP/UPP **Verificar**, se controla el proceso como se indica en el Manual de Buenas prácticas de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP. **Actuar**”.se aplican los correctivos para que se cumpla con lo que se dicen en el Manual de Buenas prácticas de seguridad del paciente para la prevención de lesión por presión LPP/UPP.

Los profesionales de las salud de una clínica de Medellín tratan de cumplir con las funciones encomendadas, pero no se enmarcan dentro de la norma para controlar y verificar desde los cargos superiores, hasta los auxiliares, en el manejo protocolario del manual de las buenas prácticas de prevención de lesiones en piel, por lo cual se evidencia errores en los procesos y falta de conocimiento en el manejo del registro. Lo que indica que no hay control en los que se registra, y con el paso del tiempo es que se encuentran los errores.

El proceso de la evaluación de la ocurrencia de lesión en piel prevenible, en el servicio de internación de una clínica de Medellín, cumple con el protocolo que debe tener una mayor vigilancia y control por parte de un profesional directivo que se encargue de ejercer cumplimiento y permanente verificación “Esto en especial por la seguridad y el cuidado de los pacientes”, pues de se evalúa y se cumple con

la eficiencia de esas funciones en los procesos de salud de una Clínica de Medellín. Con la orientación, reflexión, e implementación de estos detalles importantes de los procesos que se deben tener en cuenta en dicha clínica,

9.2 Recomendaciones

Después de evidenciar cada uno de los escenarios estudiados para la estrategia de disminuir la ocurrencia de lesión en piel prevenibles, en el servicio de internación de una clínica de Medellín. Se hace precisamente las siguientes recomendaciones:

Ejecutar diariamente proceso efectivo del ciclo PHVA, ya que en el se identifican las debilidades y fortalezas, que se puedan presentar en cada uno de los procesos para la prevención de lesión de piel en una clínica de Medellín, con la intención de evidenciar mejorar continuas, para resultados satisfactorios en los reportes de los profesionales de la salud dentro del servicio de internación de dicha clínica.

De igual forma, se le recomienda a una clínica de Medellín, que para un mejoramiento efectivo, aplique, actualice, y califique, periódicamente el Ciclo PHVA, de la Gestión de Procesos a los profesionales y auxiliares de la salud con revisión capacitación, evaluación, de dicho ciclo, para evitar errores y alteraciones en los procesos de “planear, hacer, verificar y actuar”

Designar cronológicamente a un auxiliar para que diariamente en su turno realice, la verificación correcta de los registros en el libro, de acuerdo al diagnóstico médico con cada paciente, corregir falla en los registros

Se propone el diseño de la estrategia para el buen desempeño de funciones del personal de la salud y del logro de las metas.

La propuesta de esta investigación, muestra el diseño de dicha estrategia en el numeral 8.4, en donde se sugiere la implementación de esta guía rápida, para que el personal de la salud, conozca y aprenda brevemente, Ya que es de fácil consulta. Lo establecido en la manual institucional, y le permita aplicarlo en cualquier momento lo apliquen, buscando así que se cumpla a cabalidad, como está establecido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mario MÁ. El Sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud. Universidad de Antioquia Medicina.. [Online].; 2013 [cited 2020 noviembre 8. Available from: <https://www.slideshare.net/mario2705/calidad-de-salud-en-colombia-16792923>.
2. CONAMED–OPS. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente.. [Online].; 2015 [cited 2020 octubre 21. Available from: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf.
3. En Colombia.com. Sector salud Informe. [Online].; 2019 [cited 2020 noviembre 7. Available from: <https://encolombia.com/economia/economicolombiana/sector-salud/informe-sostenibilidad-andi/ips-prestacion-servicios-salud/>.
4. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid (2016). [Online].; 2016 [cited 2020 octubre 21. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/22-10-2020-the-world-health-organization-and-wikimedia-foundation-expand-access-to-trusted-information-about-covid-19-on-wikipedia>.
5. DECRETO N° 1011 DE 2006. Ministerio De La Protección Social. In Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2006. p. 19.
6. Ministerio De La Protección Social. DECRETO N° 1011 DE 2006 - Sistema único de Habilitación (Título III Capítulo I). In Por el cual se

establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2006. p. 3.

7. Glosario Valle Invencible.com. Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB). [Online].; 2020 [cited 2020 octubre 19. Available from: https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario_de_terminos/#:~:text=ENTIDADES%20ADMINISTRADORAS%20DE%20PLANES%20DE,actividades%20de%20Salud%2C%20las%20Entidades.
8. MIN. Salud Decreto # 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. In "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Bogotá - Colombia: MIN. Salud; 2006. p. 28.
9. Kohn & Corrigan & Donaldson. To Err Is Human. In Medicine 10, editor. To Err Is Human: Building a Safer Health Care System. Washington D.C: Nationaly Academies Press: Committee on Quality of Health Care in America; 1999. p. 34.
10. Parra & Camargo & Rey Gómez. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. In Parra DI,CFFAyGR. Enfermería Global. Bogotá D.C. : Eglobal; 2012. p. 11, 4.
11. Martínez F. La Crisis de la Seguridad Social en Salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? 2013 Abril; 1(1): p. 41,42.
12. Ley 715 de 2001. Sistema de seguridad en salud territorial. Calidad del sistema de salud. 2001; 4(2): p. 7.
13. República de Colombia. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunas escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia Bogotá: República de Colombia; 2005 p. 32.
14. Clinicas de Medellín. Crisis de una Clínica de Medellín. Areta Paisa. 2017; 3(4): p. 11.

15. "OMS" Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. 2019. In Seguridad de la salud mundial. Por OMS.: NEWS ROOM; 2020. p. 17-21.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la Atención segura. In Guia Buenas Prácticas Seguridad Paciente: Salud y seguridad del paciente. Bogotá DC.: Min. Salud. RIDE; 2014. p. 29.
17. Slawomirski & Auraaen & Klazinga. Strengthening a value. [Online].; 2017 [cited 2020 octubre 30. Available from: (<http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of->
18. Herrera & Chi & Báez & Torre & Regalado & López. Frequency and correlates of adverse events in a respiratory diseases hospital in Mexico city. Adverse events in a respiratory diseases hospital. 2005; 6(3900-3905.): p. 128.
19. (ENEAS) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Dirección general de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en España. 2006; 2(2): p. 27.
20. Garrido & Quesada. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. In Quesada G&. Seguridad del paciente. Síntesis Ejecutiva. España: SINTSS; 2006. p. 30.
21. OMS. Problemas de Salud Pública Internacional. España:, Min. Salud; 2014. Report No.: 4.
22. ELMundo.Com. Merlyn Álvarez Hincapié. IPS Universitaria batalla para salir de cuidados intensivos. Merlyn Álvarez Hincapié. Clínica León XIII de Medellín. [Online].; 2019 [cited 2020 noviembre 14. Available from: <https://www.elmundo.com/noticia/IPS-Universitaria-batalla-para-salir-de-cuidados-intensivos/375507>.
23. Hernández H&. Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos. Seguridad del Paciente. 2015 noviembre;; p. 146.

24. Durocher. La Piel. In Durocher LP. Enfermedad en Piel. España: INSST; 2012. p. 35.
25. Fernández & Larraza. Manifestaciones Cutáneas de Enfermedades Sistémicas. Manifestaciones Cutáneas. 2013 marzo; 1(1): p. 79: 78-89.
26. Penedo P. Enfermedades en la piel del ser humano. [Online].; 2020 [cited 2020 noviembre 10. Available from: <https://www.veritasint.com/blog/7-enfermedades-de-la-piel-muy-comunes-y-su-relacion-con-la-genetica/>.
27. Ley 100 decreto. Decreto Normativo de Salud. Ley 100 de 1993.pdf. 1993;; p. 17,18.
28. González Consuegra & Roa Lizcano & López Zuluaga. Estudio de prevalencia de lesión por presión en un Hospital Universitario Bogotá Colombia. Prevalencia de lesión por presión. Bogotá: Hospital Universitario Bogotá Colombia, Salud y prevención ; 2018 p 27.
29. Hernandez Sampieri R. Metodología de la Investigación. 2nd ed. Edición Q, editor. México: McGrawHill; 2010 p. 146.
30. González Consuegra & Roa Lizcano & Lopez Zuluaga. Estudio de prevalencia de lesiones por presion en un Hospital Universitario Bogota Colombia. Prevalencia de lesiones por presion. 2018;(: 10.22463/17949831.1404).
31. González Consuegra & López Zuluaga & Roa Lizcano. Gepidemiología de lesiones de piel relacionadas con el cuidado. Estudio de la prevalencia en Colombia. 2016;(2182.2883 | ISSNp: 0874.0283).
32. Contreras Arce & Torres Bastidas & Motta Cruz. Prevalencia y características de lesiones de piel relacionadas con el cuidado en pacientes adultos paliativos hospitalizados en el Hospital Universitario San Ignacio en el primer trimestre del 2020. características de lesiones de piel relacionadas con el cuidado en pacientes adultos. 2020.
33. Orellana L. 1 Estadística Descriptiva. In. Argentina : http://www.dm.uba.ar/materias/estadistica_Q/2011/1/modulo%20descriptiva.pdf; 2001 p 14.

34. Romera R. Movimiento Browniano. 2009 Febrero. (1): p. 89: 87-88.