

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Diseño de una ruta para la prevención de úlceras por presión en adultas mayores residentes de un centro de bienestar, perteneciente a una congregación religiosa, ubicado en la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

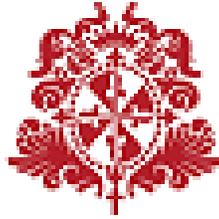
Artículo de Investigación

Autoras: Erika Judith Vasquez Quiroz,
Yury Andrea Montañez y Leidy Yulieth Alarcón Leal

Bogotá, Colombia

2020

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Diseño de una ruta para la prevención de úlceras por presión en adultas mayores residentes de un centro de bienestar, perteneciente a una congregación religiosa, ubicado en la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

Artículo de Investigación

Autoras: Erika Judith Vásquez Quiroz,
Yury Andrea Montañez Bermúdez Y Leidy Yulieth Alarcón Leal

Tutor: Víctor Alexander Sáenz Castor

Maestría En Administración En Salud
Escuela de Administración

Fecha completa de aprobación final: 27/08/2020

Bogotá, Colombia

2020

Tabla de contenido

Resumen y palabras clave:	6
Abstract & Keywords:.....	6
Objetivo general y específicos	7
Objetivos específicos:	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. METODOLOGÍA	11
2.1 Caracterización según la escala de Braden.....	12
2.2 Factores de Riesgo y Barreras de seguridad.....	14
2.3 Ruta para la prevención de úlceras por presión.....	16
3. RESULTADOS	18
4. CONCLUSIONES	22
5. RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS.....	25

Listado de tablas

<i>Tabla 1: Escala de Braden</i>	14
<i>Tabla 2: Distribución del riesgo por pabellón</i>	18
<i>Tabla 3: Valoración de la percepción sensorial por pabellón</i>	19
<i>Tabla 4: Valoración de la exposición a la humedad por pabellón</i>	20
<i>Tabla 5: Valoración de actividad por pabellón</i>	20
<i>Tabla 6: Valoración de la movilidad por pabellón</i>	21
<i>Tabla 7: Valoración de la nutrición por pabellón</i>	22

Listado de ilustraciones

<i>Ilustración 1: Ruta para la prevención de úlceras por presión</i>	16
--	----

Agradecimientos

Agradecemos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener un título como magister, de igual forma a nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado sobrellevar lo que muchas veces vemos como adversidades y convertimos en lo que somos; es un privilegio ser llamadas sus hijas. A nuestros hermanos(as) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

Muy especialmente le agradecemos a nuestro tutor por la acertada orientación, el soporte y discusión crítica que nos permitió una buena retroalimentación en cada entrega para llegar a lo que hoy presentamos con humildad y alegría delante de ustedes en pro de la población mayor colombiana.

Declaración de autonomía

Erika Judith Vásquez Quiroz, Yury Andrea Montañez Bermúdez y Leidy Yulieth Alarcón Leal, declaramos que no presentamos ningún conflicto de interés y el presente artículo se ha desarrollado con autonomía, además declaramos la originalidad de su contenido; las fuentes directas o indirectas que se mencionan se han referenciado con claridad y precisión.

Resumen y palabras clave:

El objetivo de este trabajo consiste en diseñar una ruta para la prevención de úlceras por presión (UPP) en adultos mayores residentes de un centro de bienestar público ubicado en la ciudad de Bucaramanga; para ello se estableció una metodología seguida de tres pasos en las cuales se caracterizará a la población según la escala de Braden para conocer el nivel de riesgo en los adultos mayores del centro de bienestar de desarrollar UPP, además, se identifican los factores de riesgos y las barreras de seguridad aplicables al centro de bienestar, por último, se evidencian los procedimientos y las actividades que incluirá la ruta para la prevención de las UPP.

La población está conformada por adultas mayores de 64 años de edad, las cuales dentro del centro de bienestar se encuentran divididas en pabellones dependiendo el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Las adultas mayores residentes del centro de bienestar están divididas por pabellones, la distribución de la población por pabellón la realizan así; el pabellón 1 está conformado por 42 adultas mayores, el pabellón 2 por su parte conformado por 35 y por último el pabellón 3 conformado por 70, para un total de 147 adultas mayores; de los cuales el 57,1% no presenta riesgo de desarrollar úlceras por presión, el 17,7% riesgo bajo, con un 12,9% de total de las adultas mayores un riesgo moderado y un riesgo alto el 12,2%.

Palabras claves: úlcera por presión, adulto mayor, escala de Braden, ruta, prevención, cadena de valor.

Abstract & Keywords:

The objective of this work is to design a route for the prevention of pressure ulcers (UPP) in elderly residents of a public welfare center located in the city of Bucaramanga; For this purpose, a methodology was established, followed by three steps in which the population will be characterized according to the Braden scale in order to know the level of risk in the older adults of the welfare centre to develop UPPs. In addition, risk factors and safety barriers applicable to the welfare centre will be identified.

The population is made up of older adults over 64 years of age, who are divided into wards within the welfare centre depending on the risk of developing pressure ulcers.

The elderly residents of the welfare centre are divided by pavilions, the distribution of the population by pavilion is as follows: pavilion 1 is made up of 42 elderly women, pavilion 2 is made up of 35 and finally pavilion 3 is made up of 70, for a total of 147 elderly women; of which 57.1% have no risk of developing pressure ulcers, 17.7% have a low risk, with 12.9% of all elderly women having a moderate risk and 12.2% having a high risk.

Key words: pressure ulcer, older adult, braden scale, route, prevention, value chain.

Objetivo general y específicos

Diseñar una ruta para la prevención de úlceras por presión en adultos mayores residentes de un centro de bienestar público ubicado en la ciudad de Bucaramanga.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar según la escala Braden el nivel de riesgo de úlceras por presión en los adultos mayores residentes del centro de bienestar.
2. Identificar los factores de riesgo y las barreras de seguridad aplicables al centro de bienestar.
3. Estructurar los procedimientos y actividades que incluirá la ruta para la prevención de las UPP.

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son heridas crónicas difíciles de curar, que ocurre como resultado de isquemia e hipoxia tisular. Pueden no solo indicar el daño de la piel en sí, sino también los tejidos ubicados en la parte inferior, como la subcutánea, tejido conectivo o incluso óseo. (Brauncajs, Książczyk, Lewandowska-Polak, Gorzela, & Grzegorzczak, 2018).

Las úlceras por presión se presentan en diferentes tipos de pacientes, en hospitales se observan sobre todo en ancianos postquirúrgicos o que se encuentran en Unidad de Cuidados Intensivos y en hogares geriátricos donde se encuentran ancianos frágiles que han perdido la movilidad encontrándose postrados en una silla de ruedas o una cama.

En orden con el párrafo anterior, estas úlceras, afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios, reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores; son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte. Se tiene descrito un aumento de incidencia de úlceras entre 1995 y el 2008 del 80% (Ministerio de Salud, 2019).

Cabe aclarar que los centro vida y centro de bienestar son públicos, los primeros solo brindan atención de día, donde prestan servicios de alimentación, atención en salud y actividad psicosocial, los segundos prestan los servicios anteriores más el hospedaje, dirigidos los servicios antes mencionados a adultos mayores de bajos o escasos recursos, sin familia o abandonados por estos.

En la ciudad de Bucaramanga¹ se encuentran 73 hogares geriátricos privados y 15 hogares geriátricos o centros de bienestar públicos donde se encuentran ancianos, en su mayoría, provenientes del departamento de Santander. Dichos pacientes cuando enferman son remitidos a las Instituciones prestadoras de salud y al momento de darles de alta son entregados a los hogares geriátricos con UPP es por esto que se ve la necesidad de realizar el presente estudio y así contribuir con la ruta logística para la prevención de Úlceras por presión en uno de los hogares geriátricos que se encuentran en la ciudad de Bucaramanga.

¹ Bucaramanga, ubicada en Colombia, es la capital del departamento de Santander, esta ciudad se encuentra ubicada en la zona norte de Colombia y está rodeada por la cordillera oriental de los Andes. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), hay aproximadamente 528.855 habitantes, es la séptima ciudad más poblada del país.

Con el fin de determinar la prevalencia de las UPP en el país, Renata González y colaboradores en su estudio prevalencia de úlceras por presión en Colombia, informe preliminar menciona que:

Se realizaron encuestas donde se encontró: el 68% de úlceras 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. Se destaca el desconocimiento de los ácidos grasos hiperoxigenados y el escaso uso de superficies especiales para el manejo de la presión; el 43% no utiliza escalas para medir el riesgo (González-Consuegra et al., 2014).

Se reportó que la prevalencia de las úlceras por presión (UPP) a nivel de América Latina se resaltan los siguientes indicadores:

En México se llevaron a cabo dos estudios multicéntricos que indicaron que la prevalencia cruda de UPP era 12,94 % y 17%, respectivamente. En Sudamérica, Brasil reporta una prevalencia del 41.1%, Chile tiene una prevalencia de hasta un 38% en la Unidad de Cuidados Intensivos; mientras que en el Perú estudios muestran prevalencias entre 11.4% y 16% (Chacón Mejía & Del Carpio Alosilla, 2019).

Ante la preocupación por la prevalencia de las UPP se han venido desarrollando guías o iniciativas entorno a la seguridad del paciente, este concepto consiste en una serie de prácticas de seguridad, tal como su nombre lo evoca; como se mencionó en el párrafo anterior la influencia es un aspecto importante en el proceso de entender el trasfondo del concepto, por ejemplo, el hecho de que “algunas prácticas que en la aviación han permitido brindar mayor seguridad a los usuarios, y que, con cierto grado de ajuste, pueden ser importadas y adaptadas por las instituciones de salud para ofrecer una atención médica más segura” (Ruelas Barajas, Tovar Vera, & Sarabia González, 2007).

Es importante destacar que las UPP afectan el nivel de salud, amenazando el resultados efectivo a los tratamientos de otros problemas de salud (Silva et al., 2013), y la calidad de vida de los usuarios; reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima,

repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte. Cabe entonces mencionar, en ese orden de ideas la relación inversa entre la calidad del servicio asistencial y la presencia de UPP; la Organización Mundial de la Salud (OMS), discurre las apariciones de UPP como un indicador de la calidad de los servicios de salud ofertados, en términos de prevención y de cuidado de la enfermedad (Ramos et al., 2013).

De igual manera, su impacto económico puede ser alto por los elevados costos ya que pueden ser a nivel ambulatorio u hospitalario; un estudio español en el que se realizó una reflexión teórica sobre el problema de los costos de las úlceras por presión desde una perspectiva global (Silva et al., 2013), presenta los costos de tratar todas las categorías de UPP en la región de las Azores teniendo en cuenta el entorno de atención domiciliaria (7.086.415 euros), hospitalaria (1.723.509 euros) y en hogares geriátricos (1.002.562 euros), para un costo total aproximado para el tratamiento de UP de 9.812.486 euros, según el estudio ese costo corresponde al 4,5% del gasto en salud pública de la región y al 0,3% del producto interno bruto en el año 2006.

Lo anterior, logra ser desencadenados por factores gerenciales o administrativos (no implementación de rondas de seguridad, cronograma de mantenimiento de inmobiliario, guías y protocolos de atención), individuales del usuario (antecedentes clínicos, postración en cama o poca movilidad, nutrición, autocuidado), tecnológicos (camas poco funcionales, colchones inadecuados), o del talento humano (falta de conocimiento, no socialización de los protocolos, falta de supervisión, no adherencia) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

En ese orden de ideas, se puede deducir que la prevención, tratamiento y direccionamiento de los cuidados de UPP, gira en torno a un tema de interés de los sistemas de salud, la seguridad de los pacientes; en Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) fue creado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2002, impulsando la política de la seguridad del paciente mediante la resolución 1446 de 2006 donde se consideran las úlceras por presión como un evento adverso.

Las políticas institucionales pueden encaminarse como iniciativas para contrarrestar el impacto de los eventos adversos, un ejemplo de esto es lo propuesto por la *American Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM), en su planteamiento “Eventos de seguridad graves: tendiendo a

cero”, donde proponen una estrategia, la cual plantea actuar ante los eventos, seccionada en cinco puntos: 1. Responder al evento, 2. Recoger datos, 3. Analizar datos, 4. Validar los hallazgos encontrados, 5. Comunicar los hallazgos (Torra-Bou et al., 2016). Por lo anterior, el presente artículo desarrolla la construcción de una ruta que resume la estrategia planteada por la ASHRM, de esta manera el centro de bienestar tendrá la disponibilidad de datos concretos sobre el impacto específicos de problemas derivados del evento adverso.

2. METODOLOGÍA

Con el fin de lograr el diseño de la ruta para la prevención de úlceras por presión en los adultos mayores residentes de los centros de bienestar públicos ubicados en la ciudad de Bucaramanga. Se estableció un estudio descriptivo observacional, puesto que el presente artículo pretende conocer la distribución de población antes mencionada y en ese sentido describirla tal y como se observa en la actualidad.

La metodología constará de tres pasos; primero, luego de aplicada la escala se caracterizó la población (conformada por 147 adultas mayores) según su nivel de riesgo a criterio de lo establecido por Braden en la escala de valoración; segundo, se identificaron los factores de riesgos y barreras de seguridad vigentes en el centro de bienestar que repercuten sobre la prevención de las UPP; tercero, se establecerá la ruta para la prevención de UPP. Adicionalmente, cabe aclarar que no se realizó un muestreo de los datos, la población estudiada corresponde al 100% de las adultas mayores residentes del centro de bienestar.

El criterio de selección del centro de bienestar se fundamenta en la preferencia existente por la facilidad en el acceso a la información, necesaria para el desarrollo del presente artículo, en ese orden de ideas, no hubo criterio estricto en la selección; el artículo no mencionará o especificará el nombre del centro de bienestar objeto de estudio, sin embargo, se realizará una breve contextualización del entorno interno de la organización.

El centro de bienestar está constituido como una organización de economía mixta; por otra parte, su estructura organizacional está caracterizada de la siguiente manera: En el primer nivel la superiora; en el segundo nivel se encuentra la vicesuperiora, economista y talento humano; en el tercer nivel, el conductor, la unidad médica y por último, trabajador/a socia, este tercer nivel le reporte al segundo nivel según el orden en que fueron mencionados; En el cuarto y último nivel se

encuentran, el auxiliar contable, fisioterapeuta, mantenimiento y servicios generales, estos le reportan directamente a la superiora.

El mismo, presta servicios diurnos dirigidos tanto a hombres como a mujeres, sin embargo sus políticas contemplan el hospedaje únicamente dirigido a mujeres pertenecientes a la tercera edad. La población objeto de estudio está conformada por mujeres, las cuales conviven en el centro de bienestar, estas están divididas en tres pabellones y suman en total 147 adultas mayores a corte de febrero de 2020; el criterio para realizar la asignación por pabellón consiste en los resultados arrojados por la valoración de la escala de Braden, es decir, según el nivel de riesgo se realizó la asignación por pabellón.

En ese orden de ideas en el pabellón 1 se encuentra la población que, en los resultados arrojados presenta mayor porcentaje de riesgo moderado y/o alto; seguido, en el pabellón 2 se encuentra la población que, en los resultados arrojados presenta mayor porcentaje de riesgo sin riesgo y bajo, sin embargo, también incluye población con riesgo moderado y una pequeña porción de riesgo alto; por último, el pabellón tres solo población con riesgo bajo y sin riesgo.

2.1 Caracterización según la escala de Braden

La primera etapa se centrará en caracterizar según la escala de Braden el nivel de riesgo de úlceras por presión en los adultos mayores residentes de los centros de bienestar. Cabe aclarar que el presente artículo no pretende argumentar la capacidad diagnóstica, validez predictiva o fiabilidad de la escala de Braden, para efectos del objetivo de este artículo se describirá la escala antes mencionada, tal y como se indicó a principios de este párrafo.

La escala de Braden es una herramienta basada en la evidencia para predecir el riesgo de úlceras por presión. Fue desarrollado en 1998 por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom y se basa en su extensa investigación en la atención al paciente. Esta herramienta es la más utilizada y ha sido validada científicamente (Dziedzic, 2014).

La escala de Braden consta de seis variables calificables (ver tabla 1), estas son: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición y roce y peligro

de lesiones cutáneas; cada una de estas variables contiene términos de valoración diferentes, estos términos se describirán en los siguientes párrafos.

En primer lugar, la percepción sensorial, gira en torno a la presión por lo que consiste en la reacción que se produce como consecuencia de esta, comprende una valoración de 1 (completamente limitada), 2 (muy limitada), 3 (ligeramente limitada) y 4 (sin limitaciones); esta calificación dependerá de la reacción del paciente ante estímulos sean o no dolorosos (García Fernández, Pancorbo Hidalgo, Soldevilla Ágreda, & Blasco García, 2008).

Exposición de la piel a la humedad, en segundo lugar, valora que tan expuesta está la piel a la humedad mediante una escala de 1 (constantemente húmeda), 2 (a menudo húmeda), 3 (ocasionalmente húmeda) y 4 (raramente húmeda); la humedad está relacionada principalmente por la sudoración u orina, aunque pueden existir otras razones (García Fernández *et al.*, 2008). En tercer lugar, la actividad física, esta variable de igual manera se califica de 1 a 4, las anteriores calificaciones corresponden a las siguientes definiciones, encamado, en silla, deambulando ocasionalmente, deambulando frecuentemente.

Cuarto lugar, encontramos la movilidad, variable que se describe como la capacidad de controlar diferentes movimientos del cuerpo, su escala de puntuación se califica igual a las tres anteriores pero los términos de valoración son diferencias, es decir, 1 (completamente inmóvil), 2 (muy limitada), 3 (ligeramente limitada) y 4 (sin limitaciones). En el siguiente lugar, la nutrición, variable que pondera la alimentación de los pacientes donde 1 es muy pobre, 2 probablemente inadecuada, 3 adecuada y 4 alimentación excelente, esta calificación mide la frecuencia y cantidad de alimentos que se consumen en un día promedio.

Es importante mencionar que cuando la sumatoria es mayor o igual a 17 sin riesgo, menor o igual a 16 puntos representa riesgo bajo, menor o igual a 14 riesgo moderado y menor o igual a 12 riesgo alto; la puntuación siempre debe darse en número enteros.

Tabla 1: Escala de Braden

Nombre de la institución:

Nombre del paciente:					
Fecha:					
Nombre de quien realiza:					
					Sumatoria
Puntuación/ Variables	1	2	3	4	
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
Exposición de la piel a la humedad	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	
Actividad física	Encamado	En silla	Deambulando ocasionalmente	Deambulando frecuentemente	
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
Nutrición	Pobre	Probablemente inadecuado	Adecuado	Alimentación excelente	
	TOTAL				

Fuente: Basada en García Fernández, Pancorbo Hidalgo, Soldevilla Ágreda, & Blasco García (2008)

2.2 Factores de Riesgo y Barreras de seguridad

La segunda etapa de la metodología de este artículo consiste en identificar los factores de riesgo y las barreras de seguridad vigentes en el centro de bienestar seleccionado para desarrollar el artículo. Entendiéndose como factores de riesgo todas aquellas influencias ya sean externas o internas que intensifican la probabilidad de ocurrencia del evento en cuestión y como barreras de seguridad las medidas tomadas para que esas influencias pierdan intensidad y por ende la probabilidad de ocurrencia sea menor. Con lo anterior se puede deducir que una vez se conocen los factores de riesgos se pueden adoptar métodos preventivos mediante las barreras de seguridad.

Como factores de riesgo internos se puede resaltar la asociación significativa entre condiciones médicas y el desarrollo de UPP, se consultaron artículos para conocer en qué tipo de condiciones médicas la asociación es significativa, el nombre de la publicación consultada es: “*Medical conditions as risk factors for pressure ulcers in a outpatients setting*”; este estudio argumentó

estadísticamente dicha asociación, tomó una población mayor de 65 años con una base de 75.168 individuos.

Según Margolis, Knauss, Bilker, & Baumgarten (2003) esta asociación significativa se presenta en: Enfermedad de Alzheimer, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente vascular cerebral, diabetes mellitus, trombosis venosa profunda, fractura de cadera, cirugía de cadera, parálisis de las extremidades, edema de las extremidades inferiores, malignidad, desnutrición, osteoporosis, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide e infecciones del tracto urinario. Por los menos el 95% de las adultas mayores del centro de bienestar objeto de estudio presentan alguna de las enfermedad relacionadas anteriormente; del mismo modo, las diferentes variables presentes en la escala de valoración de las UPP denotan factores de riesgos internos, donde las valoraciones son propias de cada individuo dependiendo de los resultados.

De igual manera se puede considerar como factor de riesgo externo todas aquellas actividades de la cadena de valor del centro de bienestar que de un modo u otro impacten en la incidencia o prevalencia de las UPP. Es importante mencionar que la cadena de valor se compone de actividades primarios y secundarias; este concepto, definido por Michael Porter, expresa las fuentes de diferenciación de una institución que les permite tener una ventaja competitiva y de esta manera crear valor para sus clientes para el caso de este artículo los clientes son todos los usuarios del centro de bienestar.

Según Porter (1998), la cadena de valor de una institución es un sistema interdependiente o red de actividades, conectados por vínculos; “los vínculos se producen cuando la forma en que se realiza una actividad afecta el costo o la efectividad de otras actividades” (Porter, 1998, p.41). Este concepto se expone y desarrolla porque una vez se conocen las actividades que se llevan a cabo en cada eslabón de la cadena de valor, no solo se reconoce que eslabón se podría fortalecer o cual podría brindar una ventaja competitiva; además de eso provee mayor claridad para establecer el diseño de la ruta prevista para la prevención de UPP.

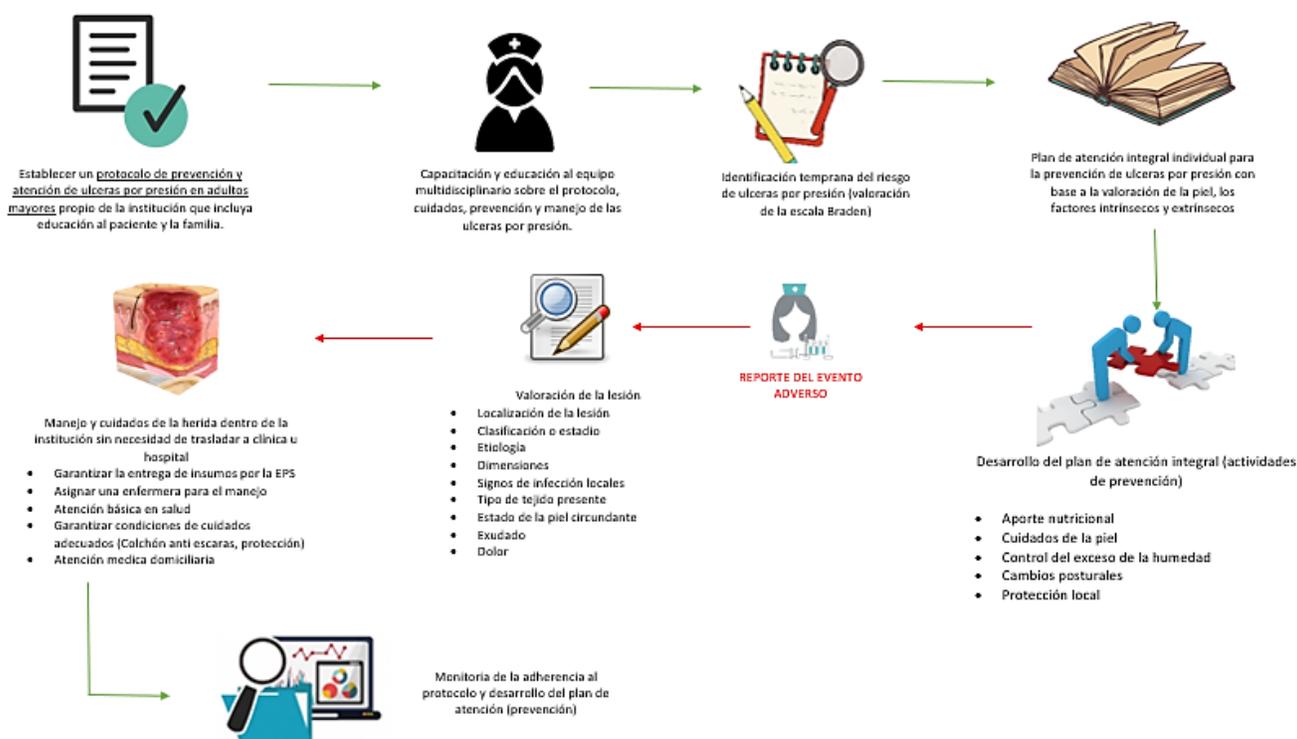
En ese orden de ideas, en la actualidad las barreras de seguridad implementadas por el centro de bienestar son las siguientes: protocolo de higiene, uso de elementos de acolchonamiento o

protección de la piel para prevenir las UPP, cambio de posición según la necesidad de la adulta mayor, una vez desarrollada la UPP se realiza limpieza constante.

2.3 Ruta para la prevención de úlceras por presión

Para finalizar, la tercera y última etapa de la metodología procura estructurar e ilustrar tanto los procedimientos como las actividades que se deben realizar para cumplir el objeto del presente artículo, dar una herramienta para la prevención de las UPP en el centro de bienestar mencionado en párrafos anteriores.

Ilustración 1: Ruta para la prevención de úlceras por presión



Fuente: Realizada por las autoras

i. Protocolo de prevención y atención de úlceras por presión en adultos mayores: mediante la creación del protocolo se institucionaliza la aplicación de tácticas que propendan por la prestación del servicio con garantías a la seguridad del paciente, ya sea por la vía de atención de las UPP o prevención de las mismas. El quehacer administrativo y logístico cobra importancia a la hora de

generar estrategias para abordar, entender y controlar los factores generadores de eventos adversos (Mondragón-Cardona, 2012).

ii. Capacitación y educación: Una vez creada a nivel institucional la política de prevención y atención de las UPP el personal asistencial y administrativo debe conocer y generar adherencia a los protocolos. Estudio realizado en un servicio de unidad de cuidados intensivos (UCI) perteneciente a un hospital universitario de São Paulo, teniendo en cuenta los protocolos de prevención resalta una reducción de la incidencia de UPP de un 41% a 23%; al mismo tiempo menciona la efectividad de la adhesión a las herramientas institucionales, puesto que impactan en la reducción de la incidencia de UPP cuando se implementan de manera sistemática (Olkoski & Assis, 2016).

iii. Identificación: dentro de la ruta es imprescindible establecer el nivel de riesgo, lo cual se traduce en la probabilidad de desarrollar UPP, de esta manera se contará con información suficiente para la construcción de un plan. Lago (2007), expone la necesidad de realizar la valoración del riesgo para la posterior construcción de acciones preventivas teniendo en cuenta las características del paciente, así como el uso eficiente de los recursos materiales y humanos (Lago, 2007).

iv. Plan de atención integral: se traduce como el protocolo de actuación para facilitar el camino al momento de tomar acciones para la detección del riesgo individual e intervención del personal asistencial y esfuerzos administrativos (Lago, 2007).

v. Desarrollo del plan de atención integral: consiste en la ejecución del plan de atención integral, el cual debe considerar factores de riesgos latentes, tales como: aporte nutricional, cuidado de la piel, control de humedad, cambios de postura, protección local, entre otros identificados durante la formulación del plan de atención integral.

vi. Reporte del evento adverso: en caso de presentarse el evento adverso, debe informarse teniendo en cuenta: la valoración de la lesión y los parámetros para establecer el manejo y cuidado de la herida. La valoración está relacionada con la descripción lesión en términos de localización, estadio, etiología, dimensiones, signos de infección, tejido presente, estado de la piel circundante, exudado, dolor. En el mismo orden de ideas, el manejo y cuidado de la herida, son aquellos esfuerzos institucionales, sean administrativos y/o asistenciales, integrados al mejoramiento de la calidad de vida de las residentes.

vii. Monitoreo: es la garantía del mejoramiento continuo, pues permitirá la constante supervisión que determinará la adherencia o no adherencia al protocolo institucional.

3. RESULTADOS

Un tema de gran relevancia a nivel de prestación de servicios de salud es el de la seguridad del paciente, para efectos del presente artículo la ruta para la prevención de úlceras por presión se convierte en una herramienta de gran utilidad como precursora del valor agregado en la presentación del servicio a las residentes del centro de bienestar. En esta ruta se establecen parámetros para la prevención, reporte y manejo de eventos adversos.

Como ya se mencionó en párrafos anteriores, las adultas mayores residentes del centro de bienestar están divididas por pabellones, la distribución de la población por pabellón la realizan así; el pabellón 1 está conformado por 42 adultas mayores, el pabellón 2 por su parte conformado por 35 y por último el pabellón 3 conformado por 70, para un total de 147 adultas mayores; de los cuales el 57,1% no presenta riesgo de desarrollar úlceras por presión, el 17,7% riesgo bajo, con un 12,9% de total de las adultas mayores un riesgo moderado y un riesgo alto el 12,2%.

A continuación, se presentará en la tabla 2 la distribución del riesgo por pabellón, según el nivel que establece la escala de Braden:

Tabla 2: Distribución del riesgo por pabellón

NIVEL DE RIESGO/ PABELLÓN	SIN RIESGO	BAJO	MODERADO	ALTO
PABELLÓN 1	7%	21%	31%	41%
PABELLÓN 2	43%	37%	17%	3%
PABELLÓN 3	94%	6%	-	-

Fuente: Realizada por las autoras con información suministrada por el centro de bienestar

En ese orden de ideas, se puede identificar que el pabellón 3 está conformado por un mayor porcentaje de adultas mayores y a la vez es el único pabellón, según la valoración de la piel, en el cual no existe riesgo moderado o alto de presentar UPP; por otra parte, el pabellón 1 evidencia, entre los tres pabellones, el mayor riesgo de desarrollar UPP; el pabellón 2 por su parte presenta

bajas cifras de riesgo alto y moderado. Es indispensable contar con un flujo que determine las actividades que se deben seguir para evitar movimientos negativos del riesgo.

A continuación, se presentarán los resultados arrojados posteriores a la valoración de la piel, estos se encuentran detallados por pabellón y según cada subescala o parámetro de valoración (Tabla 3).

Tabla 3: Valoración de la percepción sensorial por pabellón

PERCEPCIÓN SENSORIAL	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIONES
PABELLÓN 1	-	2,3%	74,4%	23,3%
PABELLÓN 2	-	-	2,9%	97,1%
PABELLÓN 3	-	-	2,9%	97,1%

Fuente: Realizada por las autoras con información suministrada por el centro de bienestar

Es posible observar, en términos de la subescala de percepción sensorial que el mayor porcentaje de adultas mayores de los tres pabellones se encuentran ubicadas en: ligeramente limitada, esto quiere decir que en una de sus extremidades puede presentar déficit sensorial, por ende la residente no siempre comunica sus molestias o la necesidad de realizar algún cambio de posición, no obstante, la adulta mayor es capaz de responder ante órdenes verbales; y sin limitaciones, aquí no hay presencia de déficit sensorial, es decir, la residente puede comunicar sus dolores e igualmente responde a órdenes verbales (García Fernández, Pancorbo Hidalgo, Soldevilla Ágreda, & Blasco García, 2008).

Si bien es cierto, en cuanto a percepción sensorial la valoración de las residentes se encuentra en su mayor porcentaje distribuida en la calificación mencionada en el párrafo anterior; se debe desarrollar un protocolo, como lo manifiesta la ruta, para prevenir la aparición de UPP puesto que, aunque es bajo el porcentaje de adultas mayores en el pabellón 1 con una percepción sensorial muy limitada, sigue siendo relevante controlar la tasa de incidencia; la aparición de UPP afecta la calidad de vida de las residentes, repercute sobre el deterioro de la salud y tiene implicaciones económicas. La percepción sensorial muy limitada se refiere al déficit sensorial en más de la mitad del cuerpo, ya no responde ante estímulos verbales si no que reacciona solo ante estímulos

dolorosos, se comunica mediante quejidos (García Fernández, Pancorbo Hidalgo, Soldevilla Ágreda, & Blasco García, 2008).

Tabla 4: Valoración de la exposición a la humedad por pabellón

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	CONSTANTEMENTE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HUMEDA	RARAMENTE HUMEDA
PABELLÓN 1	65,1%	7,0%	18,6%	9,3%
PABELLÓN 2	49%	2,9%	14,3%	34,3%
PABELLÓN 3	-	5,7%	5,7%	88,6%

Fuente: Realizada por las autoras con información suministrada por el centro de bienestar

La presencia de incontinencia y de lesiones por humedad incrementa el riesgo de la persona de desarrollar úlceras por presión, ya que la piel debilitada de esa zona se vuelve mucho más vulnerable; la exposición de la piel a un exceso de humedad condiciona también la aparición de lesiones de humedad, que resultan complejas de distinguir de úlceras por presión en sus primeros estadios (Zapata, Castro & Tejada, 2015).

Como se evidencia en la tabla 4, el pabellón 1 y 2 son los que presenta mayor porcentaje de población constantemente húmeda; en concordancia con el párrafo anterior, en esta población hay un incremento del riesgo de desarrollar UPP por las razones ya citadas.

Tabla 5: Valoración de actividad por pabellón

ACTIVIDAD	ENCAMADO (A)	EN SILLA	DEAMBULANDO OCASIONALMENTE	DEAMBULANDO FRECUENTEMENTE
PABELLÓN 1	7,0%	32,6%	58,1%	2,3%
PABELLÓN 2	-	5,7%	28,6%	65,7%
PABELLÓN 3	-	-	1,4%	98,6%

Fuente: Realizada por las autoras con información suministrada por el centro de bienestar

Zambonato, Silva y Gomes (2013) en su evaluación de las subescalas de Braden en una corte de pacientes hospitalizados, encontraron que existe una mayor frecuencia de UPP en pacientes con valoraciones negativas en percepción sensorial, movilidad, actividad y en presencia de humedad; según este estudio no se presentó asociación entre la nutrición y el desarrollo de UPP.

En cuanto a la subescala de movilidad, se hace evidente que la población objeto de estudio es capaz de realizar ocasionales, frecuentes o importantes cambios en la posición de su cuerpo o de sus extremidades (tabla 6). Sin embargo y teniendo en cuenta que es población adulta mayor puede migrar de una valoración muy limitada a completamente limitada, donde no será capaz de realizar cambios en la posición de su cuerpo o de sus extremidades, por lo anterior es necesario la aplicabilidad de la ruta en la que se pueden incluir tácticas para prevenir posibles migraciones en la valoración; el riesgo de desarrollar UPP aumenta siete veces en presencia de cualquier intensidad de cambio en la subescala de movilidad (Zambonato, Silva & Gomes, 2013).

Tabla 6: Valoración de la movilidad por pabellón

MOVILIDAD	COMPLETAMENTE INMÓVIL	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIONES
PABELLÓN 1	-	44,2%	53,5%	2,3%
PABELLÓN 2	-	11,4%	85,7%	2,9%
PABELLÓN 3	-		38,6%	61,4%

Fuente: Realizada por las autoras con información suministrada por el centro de bienestar

Por último, según la literatura se puede concluir que la subescala de nutrición “es frágil e incapaz de predecir el riesgo de UPP” (Zambonato et al., 2013); en el mismo orden de ideas, un estudio en el cual se realizó una evaluación de la contribución de los elementos de la escala de Braden para predecir el riesgo de desarrollar UPP en adultos mayores que reciben atención médica domiciliaría, encontró una asociación estadísticamente significativa y negativa entre todas la subescalas y el riesgo de desarrollar las mismas a excepción de la subescala de nutrición que no arrojó asociación significativa en términos estadísticos (Bergquist & Pieper, 2001). En términos generales, las adultas mayores tienen una valoración de nutrición aceptable (tabla 7).

Tabla 7: Valoración de la nutrición por pabellón

NUTRICIÓN	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
PABELLÓN 1	-	-	74,4%	25,6%
PABELLÓN 2	-	-	94,3%	5,7%
PABELLÓN 3	-	-	97,1%	2,9%

Fuente: Realizada por las autoras con información suministrada por el centro de bienestar

4. CONCLUSIONES

La ruta para la prevención de úlceras por presión es un apoyo para la estandarización de los procedimientos a llevar a cabo al interior del centro de bienestar una vez se conocen las características de la población, previo a la caracterización se aprecian a detalle las necesidades de las adultas mayores; una vez se presentaron los resultados específicos por subescala se generó mayor claridad en los aspectos que incrementan el riesgo de desarrollar úlceras por presión y con apoyo de la literatura se confirmaron las subescalas que efectivamente aumentan el riesgo (percepción sensorial, movilidad, actividad, exposición a la humedad) y cual (nutrición) no representa un riesgo al momento de asociarla con el desarrollo de UPP.

Desde la visión real de los centros de bienestar se evidencia, la ausencia de la caracterización del riesgo de presentar úlceras por presión en los adultos mayores, unido a factores como, talento humano, falta de conocimiento, pocos recursos, gran población por centro y la falta de profesionales de la salud guiando el proceso. Razón por la cual, acuden a los centros médicos cuando la lesión ya está presente y requiere de estancias hospitalarias prolongadas o retornos al centro de bienestar en malas condiciones de salud, sin personal idóneo para su proceso o tratamiento con mínimos insumos médicos.

La cadena de valor le permite al centro de bienestar tener conciencia de los activos tangibles e intangibles con los que cuenta, los cuales le permiten prestar sus servicios; de igual manera, hace evidente las carencias de la organización, se considera que el centro de bienestar puede fortalecer sus actividades preventivas y secundarias puesto que de manera indirecta estas pueden apoyar el proceso para la prevención de úlceras por presión.

Por otra parte, el pabellón 1 y 2, como se hizo evidente a lo largo del artículo, requieren de mayores esfuerzos para evitar pérdida en la calidad de vida de las adultas mayores por aparición de UPP, son estas mujeres las de mayor prevención, cuidado, manejo y proceso de atención integral para evitar complicaciones crónicas o pérdidas humanas; sin embargo, no debe obviarse la presencia de las adultas mayores del pabellón 3, estas de igual manera requieren de un acompañamiento, aunque no es permanente, es necesaria una supervisión de su estado actual de salud teniendo presente las actividades preventivas de las UPP.

En ese orden de ideas, La ruta planteada permite llevar una trazabilidad del estado de salud de cada una de las residentes, desde su ingreso y la medición continua del riesgo dependiendo del riesgo inicial o sus comorbilidades que presenten, de esta forma le permite conocer al personal de salud y administrativo si los procedimientos establecidos están siendo lo suficientemente efectivos y eficaces a la hora de prevenir apariciones y/o desarrollo de UPP como medida de calidad del proceso de atención integral en salud de la población presente.

5. RECOMENDACIONES

Es necesario que el centro de bienestar realice un análisis detallado de las subescalas para así conocer en minucia cuales son los elementos que incrementan el riesgo de desarrollar UPP, esto les permitirá reaccionar de manera rápida con tácticas preventivas que puedan agregarse a la ruta establecida previamente y permitir identificar a que elementos se le debe brindar una atención específica; es importante mencionar también lo relevante de notar posibles cambios ya sean favorables o desfavorables en el estado de salud de las residentes. Por lo anterior, se recomienda aplicar la escala al ingreso y posterior a la ocurrencia de alguna alteración en la valoración de alguna de las subescalas.

Por otra parte, la caracterización de la población es fundamental para que las estrategias vayan alineadas a la realidad del entorno del centro de bienestar; dentro de este marco, considerar la edad de las residentes una variable relevante para predecir futuros riesgos debe incluirse como dentro de los protocolos. En el mismo orden de ideas, para futuras investigaciones el centro de bienestar puede agregar la variable de la edad a la valoración de las subescalas y su impacto en el desarrollo de las UPP y las medidas preventivas teniendo en cuenta la edad de las residentes.

Por último, se recomienda realizar un análisis de la cadena de valor del centro de bienestar, de esta manera se podrían determinar ventajas competitivas y de esta manera realizar un planeación encaminada a potencializar los eslabones claves para la consolidación de la ventaja.

REFERENCIAS

- Arango, C., Fernández, O., & Torres, B. (2007). *Tratado de Geriatría para Residentes*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52043>
- Arias-Valencia, S. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social / Epidemiologia, equidade em saúde e justiça social / Epidemiology, health equity and social justice. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 186-186-196. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a03>
- Bergquist, S., & Pieper, B. (2001). Subscales, Subscores, or Summative Score: Evaluating the Contribution of Braden Scale Items for Predicting Pressure Ulcer Risk in Older Adults Receiving Home Health Care. *Journal of WOCN: Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(6), 279-279-289. ScienceDirect. <https://doi.org/10.1067/mjw.2001.119012>
- Blümel M, J. E., Tirado G, K., Schiele M, C., Schönfeldt F, G., & Sarrá C, S. (2004). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Revista médica de Chile*, 132(5), 595-600. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000500009>
- Chacón Mejía, J. P., & Del Carpio Alosilla, A. E. (2019). Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(2). <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2067>
- Dziedzic, M. E. (2014). *Fast Facts About Pressure Ulcer Care for Nurses: How to Prevent, Detect, and Resolve Them in a Nutshell*. Recuperado de <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=675799&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- García Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., Soldevilla Ágreda, J. J., & Blasco García, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*, 19(3). <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2008000300005>
- González-Consuegra, R. V., Cardona-Mazo, D. M., Murcia-Trujillo, P. A., & Matiz-Vera, G. D. (2014). Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: Informe preliminar / A preliminary report regarding pressure ulcer prevalence in Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 1-1-32. SciELO. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43004>

- Gutiérrez, E. V., Galvis, O. D., López, D. A., Mock-Kow, J. S., Zapata, I., & Vidal, C. J. (2014). Hospital-home health care logistics management in Valle del Cauca: Characterization and diagnosis. *Estudios Gerenciales*, 30(133), 441-450.
- Labiano-Turrillas, J., Larrea-Leoz, B., Vázquez-Calatayud, M., Juandeaburre-Pedroarena, B., Irruarizaga-Sagredo, A., & Morillo-Cabezas, E. (2013). *Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra*. *Gerokomos*, 24(4), 184-188.
<https://doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400007>
- Lago González, M^a de la Luz. (2007). *Assessment of pressure ulcers risk in a Unit of geriatrics*. *Gerokomos*, 18(3), 33-37. Retrieved August 08, 2020, from
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300004&lng=en&tlng=en
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”* (Versión 2.0).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>
- Mondragón-Cardona, A. (1), Rojas-Mirquez, J. C. (1), Ossa, R. G. (2), Rodríguez-Morales, A. J. (2), & Mezones-Holguin, E. (3). (n.d.). *Patient safety: A component of health policies to be strengthened in Latin America*. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 31(6), 531–532. <https://doi.org.ez.urosario.edu.co/10.1590/s1020-49892012000600014>
- Olkoski, Elaine, & Assis, Gisela Maria. (2016). *Application of measures for preventing pressure ulcers by the nursing team before and after an education campaign*. *Escola Anna Nery*, 20(2), 363-369. <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160050>
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Torra i Bou, J.-E., Verdú Soriano, J., & Soldevilla-Agreda, J. J. (2014). *Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia*. *Gerokomos*, 25(4), 162-170.
<https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400006>
- Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión | Elsevier Enhanced Reader. (2019, noviembre 22). [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79047-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79047-1)
- Ruelas Barajas, E., Tovar Vera, W., & Sarabia González, O. (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado Enrique Ruelas Barajas, Odet Sarabia González, Walter Tovar Vera*.

Recuperado

de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05358a&AN=crai.67957&site=eds-live>

- Silva, A. J., Pereira, S. M., Rodrigues, A., Rocha, A. P., Varela, J., Gomes, L. M., Messias, N., Carvalhal, R., Luís, R., Mendes, L. F. P., Silva, A. J., Pereira, S. M., Rodrigues, A., Rocha, A. P., Varela, J., Gomes, L. M., Messias, N., Carvalhal, R., Luís, R., & Mendes, L. F. P. (2013). Economic cost of treating pressure ulcers: A theoretical approach. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(4), 971-976. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400028>
- Torra-Bou, Joan Enric, Verdú-Soriano, José, Sarabia-Lavin, Raquel, Paras-Bravo, Paula, Soldevilla-Ágreda, J. Javier, & García-Fernández, Francisco P. (2016). *Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente*. *Gerokomos*, 27(4), 161-167. Recuperado en 08 de agosto de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007&lng=es&tlng=pt
- Vallejos, C., Bustos, L., de la Puente, C., Reveco, R., Velásquez, M., & Zaror, C. (2014). The main methodological aspects in Health Technology Assessment. *Revista médica de Chile*, 142, 16-21. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001300003>
- Vincent, C. (2010). *Patient safety Charles Vincent* (Vol. 2). Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05358a&AN=crai.166997&site=eds-live>
- Wild, C., & Gartlehner, G. (2008). Health Technology Assessment – die Bewertung medizinischer Interventionen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158(17-18), 522-529. <https://doi.org/10.1007/s10354-008-0547-6>
- Zambonato, Bruna Pochmann, Assis, Michelli Cristina Silva de, & Beghetto, Mariur Gomes. (2013). Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 21-28. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1590/S1983-14472013000200003>
- Zapata Sampedro, M. A., Castro Varela, L., & Tejada Caro, R. (2015). *Lesiones por humedad: Revisión de conocimientos / Moisture lesions: A review* (edssci.S1695.61412015000200017; Número 38). SciELO.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200017&lng=en&tlng=en