

**BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MANEJO DE
HERIDAS EN UNA IPS DOMICILIARIA DE BARRANQUILLA EN EL PERIODO
DE JUNIO 2015 A JUNIO 2017**

Diana Olivo Díaz
Jerlith Reales Tovar



Universidad Simón Bolívar- Instituto De Postgrado.

Maestría en Auditoria y Sistemas de Calidad en Servicios de Salud.

Modalidad de Profundizacion

Barranquilla

2017

**BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MANEJO DE
HERIDAS EN UNA IPS DOMICILIARIA DE BARRANQUILLA EN EL PERIODO
DE JUNIO 2015 A JUNIO 2017**

Diana Olivo Díaz
cc. 1129578731

Jerlith Reales Tovar
cc: 1129579019

Informe final de trabajo de grado para obtener el título de:
Magister en Auditoria y Sistemas de Calidad en Servicios de Salud.

Tutora: Mg en Educación, María Alejandra Orostegui Santander

Asesora: Mg en Enfermería, Dora Sánchez Isaza

Asesora: Mg en Salud Pública, Gloria Lastre Amell

Universidad Simón Bolívar
Maestría en Auditoria y sistemas de Calidad en servicios de Salud
Modalidad: Profundización
Instituto De Postgrado.
Barranquilla
2017

Tutor del Proyecto

Jurado

Jurado

Barranquilla, 2017

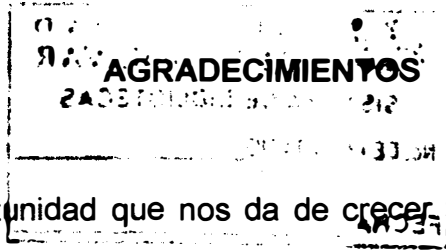
DEDICATORIA

Este trabajo lo dedicamos a Dios que es nuestra fuente de sabiduría, ayudados por su infinita bondad nos ilumino y nos llenó de la fortaleza necesaria para cumplir con este objetivo que nos acerca cada vez más al cumplimiento de nuestra meta.

Igualmente a nuestro familiares los que con su apoyo estuvieron siempre apoyándonos hasta culminar nuestro trabajo.

Diana Olivo Díaz

Jerlith Reales Tovar



A Dios por cada oportunidad que nos da de crecer y a nuestras familias por el apoyo incondicional.

A los directivos, trabajadores y usuarios de la entidad de atención domiciliaria por aceptar participar activamente en la iniciativa de este proyecto de investigación que sin lugar a dudas redundará en beneficios para su crecimiento y desarrollo empresarial.

Por último y no menos importante a nuestras tutoras, por su asesoría crítica y reflexiva del tema, incansable investigadoras que con su experiencia y conocimientos no enseñaron a construir y diseñar este proyecto.

Diana Olivo Díaz

Jerlith Reales Tovar

TABLA DE CONTENIDO

1. Listado de tablas.....	Pág 10
2. Listado de graficos	Pág 12
3. Resumen	Pág 13
4. Introducción	Pág 15
5. Planteamiento del Problema.....	Pág 17
5.1Descripción del Problema.....	Pág 17
5.2Pregunta Problema	Pág 22
6.Justificación.....	Pág 23
7.Objetivos	Pág 28
7.1Objetivo General.....	Pág 28
7.2 Objetivos Específicos.....	Pág 28
8. Proposito.....	Pág 29
9. Marco Teorico.....	Pág 30
9.1 Definición de seguridad del paciente	Pág 32
9.1.1 Seguridad del paciente y atencion segura	Pág 33

9.2 Definición de Atencion Domiciliaria	Pág 35
9.2.1 Atencion domiciliaria basada en la hospitalización y en la atencion primaria	Pág 36
9.3 Evolución de la Atencion Domiciliaria	Pág 37
9.4 Heridas	Pág 39
9.4.1 Historia de las heridas	Pág 39
9.4.2 Concepto general	Pág 40
9.4.3 Tipo de Herida	Pág 41
9.4.3.1 Según la integridad de la piel.....	Pág 41
9.4.3.2 De acuerdo con la gravedad de la lesión	Pág 41
9.4.3.3 De acuerdo al grado de contaminación	Pág 41
9.4.4 Ulceras por presión	Pág 42
9.4.5 Ulceras varicosas	Pág 43
9.4.6 Pie diabético	Pág 45
9.4.7 Infeccion de heridas quirúrgicas	Pág 46
9.4.8 Tipo de curaciones	Pág 48
9.5 Proceso de cicatrización	Pág 50
9.6 Bioseguridad	Pág 50
9.6.1 Residuos infecciosos o de riesgo Biologico ...	Pág 51
9.7 Estado del Arte	Pág 54

10. Marco Legal	Pág 56
11.1 Normativa de seguridad del paciente.....	Pág 57
11.2 Normativa de Atención Domiciliaria	Pág 58
11. Diseño Metodológico	Pág 61
11.1 Tipo de Estudio	Pág 61
11.2 Población	Pág 62
11.3 Fuente de Recolección	Pág 62
11.3.1 Fuente Primaria	Pág 62
11.3.2 Fuente Secundaria	Pág 62
11.4 Criterios de Inclusión y Exclusión	Pág 62
11.5 Instrumento de Recolección de la información.....	Pág 63
11.6 Recolección de Datos.....	Pág 65
11.7 Manejo y análisis de la Información.....	Pág 65
11.8 Etica	Pág 66
12. Resultados	Pág 67
12.1 Caracterización de los pacientes	Pág 68
12.2 Buenas prácticas de Bioseguridad	Pág 73
13. Discusión	Pág 77
14. Conclusión	Pág 80
15. Recomendaciones	Pág 82
16. Tabla de Variables	Pág 83

17. Definiciones	Pág 89
18.Bibliografía	Pág 90
19. Anexos	Pág 105

1. LISTA DE TABLAS

TABLA No 1. Relación porcentual de la población total según edad y género... **Pág. 68**

TABLA No 2. Relación poblacional por nivel de escolaridad y grupo etáreo..... **Pág. 69**

TABLA No 3. Relación poblacional total por nivel socioeconómico en porcentaje. **Pág. 71**

TABLA No 4. Población total según tipo de herida..... **Pág. 72**

2. LISTA DE GRAFICOS

GRAFICA No 1. Relación porcentual según género y grupo etáreo.....	Pág. 69
GRAFICA No 2. Relación poblacional por nivel de escolaridad y grupo etáreo	Pág. 70
GRAFICA No 3. Relación poblacional total por nivel socioeconómico en porcentaje	Pág. 71
GRAFICA No 4. Población total en porcentaje según clase de herida	Pág. 72
GRAFICO No 5. Análisis sobre las buenas prácticas de Bioseguridad manejadas por el personal de salud.	Pág. 73
GRAFICO No 6. Análisis sobre la educación en la prestación de servicio a domicilio	Pág. 74
GRAFICO No 7. Analisis sobre la calidad en la prestación de servicio a domicilio	Pág. 75
GRAFICO No 8. Analisis sobre la oportunidad en la prestación de servicio a domicilio	Pág. 76

3. RESUMEN

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de heridas a nivel domiciliario en el periodo de Diciembre 2016 a marzo 2017- Barranquilla.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo - transversal, con una población de 54 personas, la información se recolectó a través de una encuesta la cual se analizó por medio de tabulaciones y representaciones gráficas.

Resultado: se evidencio que el 37% de la población encuestada estuvo entre las edades de 66-80 años, la herida que mas prevaleció fue la ulcera por presión con un 33% de los pacientes estudiados, el 70% de la población reporto que no había recolección de residuos después del manejo de la herida, ya que se quedaban en sus domicilios, conllevando a riesgos en su seguridad.

Conclusión: Se identificó déficit de la aplicación de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de las heridas en el domicilio por parte del personal de salud debido a que no cumple con los protocolos del manejo de heridas en cuanto a la recolección adecuada de residuos contaminantes.

Palabras Claves: Bioseguridad, Herida y Lesiones, Servicio de Atencion Domiciliaria, Seguridad del Paciente. (DeCF)

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the compliance of good practices of patient safety in the management of wounds at home level in the period from December 2016 to March 2017 - Barranquilla.

Methodology: A quantitative, descriptive - cross - sectional study was carried out with a population of 54 people; the information was collected through a survey which was analyzed through tabulations and graphical representations.

Results: It was evidenced that 37% of the population surveyed were between the ages of 66-80 years, the most prevalent injury was pressure ulcer with 33% of patients studied, 70% of the population reported no there was collection of waste after the wound management, since they stayed in their homes, leading to risks in their safety.

Conclusion: We identified deficits in the application of good patient safety practices in the management of home wounds by health personnel because they did not comply with the protocols of wound management in terms of adequate collection of Polluting waste

Key Words: Biosecurity, Injury and Injury, home care service, patient safety (DeCF)

4. INTRODUCCION

En la actualidad la seguridad del paciente se considera un atributo fundamental de la calidad asistencial, representando su mejora diaria como un reto para los profesionales y las diferentes organizaciones sanitarias, estableciendo factores que inciden en la organización como un fuerte liderazgo para la seguridad, una cultura organizacional que fomente el reconocimiento y el aprendizaje de los errores que hagan de la seguridad del paciente un programa efectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes. (1)

Así mismo una de las principales barreras para mejorar la seguridad del paciente es la falta de conocimiento por parte del personal de la salud sobre la magnitud en que los errores ocurren diariamente en las organizaciones, lo que obligaría a éstas Instituciones a desarrollar y mantener un proceso continuo de detección, clarificación, e incorporación de principios básicos con innovaciones para la reducción de errores, con una visión integral del problema. (2)

Considerando la herida como una lesión la mayoría de veces prevenibles cuando se le brinda seguridad al paciente en el momento de brindar un servicio, se dice que dependiendo de su tamaño, profundidad, lugar de lesión y gravedad, puede afectar al individuo desde lo bio-psicosocial, hasta el deterioro de la calidad de vida, lo que obliga tanto en instituciones hospitalarias como en el ámbito domiciliario a brindar un cuidado y manejo de esta para evitar complicaciones, es por esto que la OMS considera como un indicador de calidad de vida todas aquellas actuaciones terapéuticas (manejo de heridas) que elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costes. (3)

Para el manejo inicial de una herida, lo primero a tener en cuenta es el tipo de herida según el grado de contaminación, ya que el procedimiento será diferente para cada una de ellas, se debe hacer la limpieza de la lesión, teniendo en cuenta la técnica aséptica, si es una herida limpia o contaminada, la cual se realizará con Suero Fisiológico aplicándose con la mínima fuerza mecánica posible, de manera que se pueda eliminar restos de productos anteriores, sin dañar las células que se está formando nuevamente, como norma general, los antisépticos no deben ser utilizados de forma sistemática en el tratamiento de heridas crónicas ya que no existen evidencias científicas que justifiquen la utilización de los mismos para la cicatrización de las heridas, ya sean crónicas infectadas, no infectadas ni mucho menos en la piel perilesional. (4)

Considerándose que el riesgo de infección asociada a la atención ambulatoria en salud es mucho más bajo que en el entorno intrahospitalario, se ha identificado que los pacientes están más seguros en su domicilio que en el mismo hospital, creándose necesidad de una vez estabilizado los pacientes terminen con los tratamientos en sus hogares siendo visitados y manejados por personal de la salud, ya que Las Infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS) se consideran el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, La OMS estima que entre el 5% y el 10% de los pacientes atendidos en instituciones de salud de países desarrollados contraerán una o más infecciones nosocomiales y que en los países en desarrollo, se calcula que la proporción de pacientes afectados podría superar el 25%. (5)

El objetivo de esta investigación es evaluar la importancia de cumplir con las buenas prácticas de seguridad al paciente en el momento de realizar las curaciones de heridas en el domicilio, a través de un manejo correcto de las mismas según guías y protocolos descritos, para así reducir el riesgo de infección o complicación de la herida a tratar y promover la cicatrización con condiciones optimas para su total curación.

Es así como para evaluar la importancia del cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de heridas en domicilio, durante la aplicación de las encuestas se indagara sobre algunas características socio demográficas generales de la población tomada (52) pacientes como la edad, sexo, estrato social y escolaridad, pero también se tendrá en cuenta el tipo de herida por lo que de acuerdo a esta el manejo podrá ser diferente.

Se dará a conocer el uso de las barreras de bioseguridad (lavado de manos, uso de guantes) por parte del personal de salud, así como la calidad y oportunidad de servicio en el manejo de heridas a nivel domiciliario.

La interpretación del instrumento se formula con base al análisis y el cruce de información aportada por la recolección de los datos, los cuales se codificaron y procesaron en excel, por lo que los resultados se utilizo cálculos de frecuencia, porcentajes representados a través de tablas y gráficos; así mismo se garantiza la calidad de los datos que respondieron a la inquietud de los participantes por parte de las investigadoras verificándose el diligenciamiento de todos los 12 ítems de la encuesta.

Una vez evaluado e interpretado todos los ítems correspondientes al instrumento aplicado a la población descrita, se concluye que las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de heridas no se cumplen porque a pesar que el personal de salud de la Institución de estudio aplican las normas de bioseguridad como el lavado de manos y uso de elementos personales (tapabocas, guantes), no realizan el correcto manejo de la recolección de residuos a pesar de conocer la importancia de la aplicación de los mismos para evitar complicaciones en la salud del paciente ya que el 70% de la población refiere que los residuos después del procedimiento realizado se quedan en su domicilio, no son recogidos ni transportados por el personal o la IPS como sería el deber ser de toda institución de salud.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Descripción del problema.

La Seguridad del Paciente es definida por la Organización Mundial de la Salud como un principio fundamental de la atención sanitaria, que tiene como finalidad la prevención de todo daño que se le pueda ocasionar al paciente durante el proceso de la atención a la salud del mismo. (6)

La OMS en el ámbito internacional ha liderado el tema de Seguridad del Paciente, encargándose de proponer y socializar lineamientos de cuidado, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, como un método para generar interacciones e intercambio de conocimientos entre los países miembros, que les permitan facilitar el desarrollo de nuevas estrategias que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente, debido a que la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública. (7)

Para evitar y disminuir errores en la atención, úlceras por presión, y entre otros eventos adversos, es necesario reducir las causas del error, los factores predisponentes, e instalar barreras más sólidas como acciones instruccionales y de orden, elaborar, implantar y adoptar los paquetes de seguridad; entendiendo las causas que permitirán diseñar métodos, actividades y procedimiento más seguros, que atraviesen todos los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidado en la atención de los pacientes. (8)

Abordando la situación actual de la salud, y evidenciando la carencia de los recursos técnico y humanos para brindar un servicio óptimo, la deficiencia de camas hospitalarias, la responsabilidad del seguimiento y cuidado a los pacientes que requieren del manejo de heridas, hacen que el planteamiento de un servicio

de atención integral y ambulatorio de heridas sea una estrategia clínica, administrativa y económica para mejorar la calidad de la atención que se brinda al enfermo. (4)

Para todos los trabajadores del área de la salud, la seguridad del paciente es un tema vigente y de obligatoria documentación a partir del año 2000 con la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, con el cual se produjo un profundo impacto mundial, pues concluyó que cada año ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica (7).

En muchos aspectos, los médicos de atención en el hogar y los que trabajan en otros entornos tienen preocupaciones similares acerca de la seguridad del paciente y la calidad de la atención, por ejemplo, las caídas y heridas de los pacientes se dan tanto en los hogares como en los hospitales, y algunas medidas destinadas a prevenir estos eventos son igualmente aplicables a ambas configuraciones, sin embargo, las diferencias significativas entre atención médica a domicilio y otros tipos de cuidado de la salud a menudo requieren intervenciones adaptadas al ámbito de la atención médica en el hogar, por eso en un capítulo del Libro “Seguridad del Paciente y Calidad” se incluye un análisis de la evidencia en la promoción de la calidad de la seguridad y la salud del paciente en relación con los problemas observados con frecuencia en la atención médica en el hogar. (9)

El tratamiento de heridas retorna a la Antigüedad, cuando el hombre buscando mejores resultados cicatriciales en menores intervalos de tiempo hacía uso de diversos métodos y sustancias en la terapéutica de lesiones, utilizando muchas veces productos empíricos, ineficaces e incluso perjudiciales para el proceso de cicatrización. (10)

Las Ulceras por Presión son a menudo difíciles de curar, por tanto es importante tratar de evitar que se produzcan en primer lugar, además son dolorosas y tienen un impacto negativo en la calidad de vida del individuo, las repercusiones en los costos de tratamiento de estas úlceras son considerables, lo que agrava los problemas en el suministro de los gastos de envío de servicios de salud eficaces, y eficientes, a su vez las directrices internacionales sugieren que para prevenir y controlar las úlceras por presión con éxito se requiere un enfoque de equipo interdisciplinario. (11)

Las herida pueden clasificarse en: abiertas y cerradas, de acuerdo a la gravedad de la lesión como heridas superficiales o penetrante, en base al grado de contaminación pueden clasificarse como limpias, limpias contaminadas y/o contaminadas:(12) También podemos hablar de las úlceras por presión como una herida generada a consecuencia del déficit de la movilidad o por fricción de la piel a aquellas personas que limitadas de la movilidad.(13) Otras enfermedades o complicaciones médicas a incluir dentro de las heridas son, el pie diabético, las úlceras varicosas, sean arteriales o venosas dependiendo su clasificación, así mismo como los pos quirúrgicos infectados y sobre infectados dentro de ellos podemos identificar que las infecciones más comunes se dan en quirúrgicos gastrointestinales tales como laparotomía abdominal exploratoria, apendicetomía, entre otras.(14)

En beneficio de la herida el tema de las barreras de bioseguridad durante la manipulación y exposición de la misma, juega un papel impórtate, que el profesional tenga un buen manejo de las técnicas asépticas, lavado de manos, la utilización de bata, gorro, tabocas y la implementación de las buenas técnicas asépticas favorecen la pronta recuperación y cicatrización de la piel y minimiza el riesgo de infecciones nosocomiales. (15)

Según la guía práctica de utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, no existe una unanimidad en cuanto al tiempo que debe utilizarse un antiséptico, sin embargo, la revisión de la práctica clínica, tanto hospitalaria como en atención

primaria, nos proponen para el manejo de los pacientes post-operados con heridas cerradas y con riesgo de infección, la utilización de bactericidas en cada cura de forma continuada para evitar infecciones nosocomiales, aunque no haya signos clínicos evidentes de infección, hasta el momento del alta, Cuando se trate de pacientes de atención primaria con heridas abiertas se aconseja la utilización de antisépticos las primeras 24 - 48 horas, hasta la aparición de tejido de granulación.(16)

Cabe resaltar que el tiempo de tratamiento, y recuperación de las heridas dependen de factores tales como el tamaño, profundidad, extensión y exposición y a otros factores de salud propios de cada paciente como la edad, estado nutricional, padecimiento de enfermedades que favorezcan el retazo de cicatrización (diabetes, obesidad, insuficiencia vascular etc.) por todo ello y por la necesidad de disminuir los días de estancia hospitalaria, se implementan los servicios de clínica de herida en atención domiciliaria. (17)

Los antisépticos sólo deberán ser utilizados durante periodos de tiempo limitados y su uso deberá ser revisado a intervalos de tiempos regulares, después de la limpieza de una herida con un antiséptico, la superficie de la herida deberá ser irrigada con solución salina al 0,9% para minimizar la toxicidad potencial, y a la hora de elegir un antiséptico, elegir aquel que tenga menos toxicidad y que sea más biocompatible con el entorno de la herida. (16)

Las curaciones son las técnicas que favorecen la aparición de cicatrización en una herida tiene como objetivo, el cierre completo de la herida o la preparación de ésta para cirugía como terapia adyacente, según el tipo de abordaje diagnóstico y terapéutico se identifican dos tipos de curaciones; convencionales y avanzadas.(17)

Las curaciones convencionales hacen referencia a la utilización de baja absorción representados por gasa y algodón, estos materiales son pasivos, y no intervienen en el proceso de cicatrización.(17)

La curación avanzada se basa en el principio del ambiente húmedo, utilizando apósitos de alta tecnología que favorecen la cicatrización al estimular el microambiente de la herida. (50) Son heridas tratadas con parches médicos de alta tecnología y gel, según la necesidad de la herida, los apósitos se pueden agrupar en once tipos, que son: hidrocoloides, interactivos, alginatos, hidrogeles, apósitos de colágeno, hidropolímeros, películas no adherentes, espumas, apósitos de control de exudado, apósitos de control de metaloproteinasas e hidrofibras. (17)

El servicio de Atención Domiciliaria es aquel mediante el cual se provee asistencia continuada para la resolución ambulatoria de problemas de salud que no requieren hospitalización, dirigida a personas que no se pueden desplazar a un centro sanitario por impedimentos generalmente de carácter físico o a otros criterios previamente establecidos por el equipo médico, en esta atención en salud se realizan actividades que incluyen contenidos de promoción, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena responsabilidad del usuario y su familia con los profesionales del equipo de salud. (18)

Por tal razón, la Atención Domiciliaria en salud, se presenta cada vez con más frecuencia debido a la necesidad de que los servicios tradicionales de salud pública y privadas funcionen con mayor eficiencia y eficacia, así mismo, esta actividad innovadora da preferencia a la asistencia ambulatoria y favorece la transferencia del paciente del hospital a su entorno familiar, teniendo como objetivos principales mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos. (19)

Para realizar las intervenciones en el domicilio es necesario que se tenga en cuenta el aspecto referente a la seguridad del paciente, la cual se considera una prioridad en toda atención médica, así categorizada por ser una exigencia incluida en la normativa actual para la habilitación y acreditación de los prestadores de servicios de salud en la Resolución 2003 del 2014, para todas las entidades e instituciones prestadoras de servicio de salud, siendo esta una actividad cada vez

más compleja que conlleva a riesgos potenciales y en la que no existe un sistema totalmente capaz de garantizar la disminución de eventos adversos, ya que en esta actividad se combinan factores inherentes al sistema y a actuaciones humanas. (20)

La importante creciente de la atención domiciliaria condicionada por el progresivo envejecimiento de la población, junto con las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas es un fenómeno que implica la necesidad de destinar cada vez más recursos humanos como materiales para atender la gran demanda de pacientes, contribuyendo así a disminuir la carga asistencial que este tipo de atención puede suponer para el equipo de salud encargado de prestar el servicio domiciliario.(8)

A pesar de la importancia y el incremento de la Atención domiciliaria en la Unión Europea por la gran demanda de pacientes que requieren cuidados crónicos o continuados, existe un déficit importante de información sobre este tema, sin embargo se ha definido que la evaluación de la Atención Domiciliaria en Europa comporta una serie de tópicos, incluyendo la relación entre servicios sociales y sistemas de prestación de cuidados de salud, los mecanismos de financiación prevalentes, la forma de pago a los proveedores, y el complejo papel de los prestadores de cuidados “informales” que representan a los familiares o voluntarios.(21)

En Extremadura (España), los ancianos son actualmente los que más ayuda reciben de los servicios públicos de atención domiciliaria, cerca de 7.000 extremeños mayores de 64 años, un 4,8% del total, son atendidos en sus casas por los servicios sociales, un porcentaje que dobla la media nacional (2,08%) y sitúa a Extremadura a la cabeza del país, por encima de comunidades como Cataluña, en donde sólo son atendidas una de cada cien personas. (22)

Un estudio elaborado por Fabra en Barcelona sobre *"El cuidado social de las personas mayores"* señala que pese a que el porcentaje de extremeños que reciben atención domiciliaria supera al de algunos países europeos como Alemania (3.9%), la cobertura de estos servicios sociales todavía es baja respecto a las cifras que se manejan en Europa como por ejemplo destaca a Dinamarca (24%), Suecia (17%), Finlandia (12%), Holanda (9,5%) Inglaterra (5,5%), entre otros países. (22)

Una de las heridas más frecuentes que se manejan tanto en el ámbito domiciliario como en el Hospitalario son las úlceras por presión (UPP), que según estudio realizado en Barcelona constituyen un importante problema por sus repercusiones en el estado físico y emocional del paciente, el nivel de salud y la calidad de vida de quienes las padecen, causando aumento de la estancia hospitalaria y del consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo alcanzar responsabilidades legales al considerarse un problema evitable en la mayoría de ocasiones en un 95% de ellas, por lo que es importante disponer de estrategias de prevención y tratamiento en los distintos niveles asistenciales basadas en las mejores evidencias científicas disponibles.(23)

Al realizar la revisión exhaustiva de la literatura se logra identificar que existen diversas situaciones interesantes, como la gran variedad de modelos de actuación de la atención en casa, el desconocimiento de los pacientes acerca de la atención a domicilio, la renuencia de los médicos a prescribir esta modalidad asistencial, y el planteamiento de ciertos problemas en torno al desarrollo de la atención primaria a domicilio en varios países, los cuales se convierten en factores que limitan la evolución de la Atención Domiciliaria.(24)

Por otra parte algunas literaturas muestran que en Colombia la disponibilidad de información relacionada con éste tópico es mínima, y los pocos estudios realizados no se han dedicado de manera estricta a revisar la relación entre la Atención Primaria en Salud (APS) y los diferentes modelos de Atención

Domiciliaria (AD); un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, evaluó la calidad de la atención de enfermería en un servicio de Hospitalización a Domicilio, no describe la modalidad de esta Hospitalización ni hace referencia a su relación con la APS, el estudio aplica un instrumento validado (CARE-Q) que tiene en cuenta solo el comportamiento de la enfermera, si es accesible, explica y facilita la información al usuario, y si mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento.(25)

Colombia es un país que presenta deficiencias en la atención al usuario en lo referente a la salud y dentro de esta atención se encuentra los pacientes que por su grado de complejidad en su enfermedad no puedan desplazarse a los sitios de atención (centros de salud, hospitales, clínicas, entre otros) por lo tanto la seguridad del paciente en el ámbito domiciliario constituye una línea de trabajo, muy importante para el personal de salud ya que representa un reto de gran responsabilidad, para resolver las necesidades terapéuticas del paciente en su convalecencia; muchos de los errores o problemas relacionados con la Seguridad clínica (ulceras) ocurren en los domicilios, por lo que su conocimiento, prevención y abordaje constituyen un reto y responsabilidad para los distintos profesionales sanitarios así como para los cuidadores y pacientes.(26)

5.2 Pregunta Problema

¿Cuál es la importancia de evaluar las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de heridas en una IPS domiciliaria de Barranquilla en el periodo de Junio 2015 a Junio 2017?

6. Justificación

En el inicio del siglo XXI, la Organización Mundial de la Salud (OMS), justificó la asistencia domiciliaria como una necesidad frente a los cuidados a largo plazo en las molestias crónicas, que vienen aumentando con la transición demográfica y epidemiológica vivida en los últimos años, históricamente, el cuidado en el domicilio surgió con las enfermeras norteamericanas, al final del siglo XIX a través de la *Visiting Nursing Association*, originalmente, llamado de *home care*, o cuidados realizados en el domicilio.(24)

Es así como el envejecimiento de la población, los factores demográficos, aumento de la esperanza de vida y el retraso de la morbilidad, han determinado, que la demanda de servicios a domicilio haya crecido considerablemente a partir de la década de los 80, centrándose en una población con necesidades más complejas, y esperando que esta demanda siga creciendo en el futuro, tal es así, que en la mayoría de los países europeos, la cobertura de los servicios a domicilio ha tendido a crecer en las últimas décadas, en términos relativos, el incremento ha sido considerable en Francia (96% de incremento), en Italia (55%), en Dinamarca (25%) y en Irlanda 16%.(27)

En Israel, se apuntó la preferencia por cuidados de fin de vida en el domicilio, debido a que la relación con el paciente sería más próxima, condición que también apoyan y abalan los padres italianos, americanos y australianos al poder cuidar de sus hijos en casa en el final de la vida; así mismo en Suecia y en Dinamarca, los pacientes refirieron sentirse seguros y confortables en sus casas, por facilitar el cuidado paliativo para los pacientes y sus familiares. (24)

La Atención Domiciliaria en mayores de 65 años según un estudio realizado en España, se presenta en ocasiones como una parte de la solución a los problemas financieros de los sistemas de salud, reduciendo la institucionalización, las estancias prolongadas y el coste social por problemas derivados del cuidador (absentismo o bajas laborales, gasto en patologías del cuidador, etc.), al tiempo que pretende mejorar la calidad de vida de la población a la que se dirige, en este caso, la asistencia domiciliaria no sólo puede ser una herramienta financiera, sino que también puede suponer una solución socio sanitaria, que permita dar autonomía al paciente en su propio entorno.(28)

En el caso de la población Australiana, se identifican divergencias en relación al enfrentamiento de la muerte en el domicilio, es por esto que los prestadores de cuidados paliativos en la atención domiciliaria apuntan esta modalidad asistencial como un servicio utilizado por personas con una enfermedad terminal, con la cual, si no hubiera “aceptación de la muerte”, los pacientes pueden quedarse alarmados por relacionarlos con el fin de la vida. (24)

Se ha observado en Colombia una tendencia a través de los años al aumento en el uso de los servicios de atención domiciliaria, tanto de pacientes agudos como de pacientes crónicos, la mayoría de ellos con grados altos de discapacidad, en el año 2011, por cada 100.000 afiliados a ACEMI ((Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral), se registraron 6.126 servicios de atención domiciliaria, el pico más alto se obtuvo en el año 2009, cuando alcanzó un poco más de 9.000 servicios domiciliarios por cada 100.000 afiliados, es por esto que se considera como una excelente opción para el mantenimiento de la salud y rehabilitación de pacientes en cama, o con grados de discapacidad considerables, registrándose el mayor uso en el grupo etario de adultos mayores (de 60 o más años), tanto en hombres como en mujeres.(29)

En muchos estudios el tema de Atención Domiciliaria aparece como polémico y sujeto a discusiones y controversias, no obstante, la mayor parte de los autores resaltan la necesidad de una mayor colaboración entre los servicios hospitalarios y

extrahospitalarios (atención primaria, ambulatoria y domiciliaria) para posibilitar una asistencia continua y eficaz del paciente, dicho de otra forma, es imperativo adoptar una nueva filosofía que busque modernizar los sistemas sanitarios, procurando convertirlos en modelos integrados de salud basados en una responsabilidad compartida, este argumento resalta la importancia de la Hospitalización Domiciliaria como puente entre el hospital y la atención primaria de salud, permitiendo una interacción progresiva y real entre los dos principales niveles de atención.(30)

Para entender la importancia actual de la seguridad del paciente, según los autores Ángel Gil, Alberto Pardo y Raquel Arguedas, se pueden considerar diferentes aspectos, como el avance de la propia ciencia con un incremento de la complejidad de los procesos y procedimientos, la utilización de una tecnología más avanzada y la existencia de pacientes que cada vez tienen una edad media mayor que traen consigo un gran número de patologías con un aumento de la cronicidad de las mismas. (1)

La Política de Seguridad del Paciente según los Lineamientos del Ministerio de Salud de Colombia es de gran importancia, ya que no solo es suficiente contar con profesionales de salud competentes, insumos, equipos y medicamentos esenciales para una buena atención, sino también es necesario que las instituciones garanticen procesos para la seguridad en la atención con la adecuada relación entre todos los profesionales de la salud, es por esto que todas las personas involucradas deben tener claro cuál es el objetivo del proceso de prestación de servicios de salud y cómo hacerlo de forma segura, para prevenir y evitar recurrencia de eventos adversos que generan impacto negativo en la salud de los pacientes, en los costos de atención y en la imagen de las organizaciones.(8)

Según la OMS, en los países en vía de desarrollo el 77% de los eventos adversos que corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las

infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de que se presente esta alta incidencia de eventos evitables, por lo tanto, en la mayoría de los países de América Latina la seguridad en la atención de los pacientes es una de las variables que determinan la calidad de la atención en salud, pues no solo es una obligación ética de las instituciones sino también una responsabilidad legal, así como en Colombia que está reglamentado en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 2003 de 2014. (31)

Los servicios de Atención Domiciliaria han tomado gran importancia en los últimos años, ya que ofrecen la oportunidad de continuar los servicios de hospitalización, atendiendo en el domicilio a los pacientes con patologías de baja complejidad, llevando servicios médicos y paramédicos hasta el hogar del usuario discapacitado, brindando beneficios al usuario, a su familia y a la institución hospitalaria, al integrar a los familiares en el cuidado de la salud del paciente. Además se esfuerzan por brindar servicios humanizados, mantener o recuperar la salud del paciente crónico, contribuir al adecuado uso de los recursos en salud, convirtiéndose de esa forma en una estrategia eficiente de prestación de servicios de salud. (29)

Esta investigación aporta datos relevantes como la importancia de continuar con la implementación de los programas de atención domiciliaria como beneficio a la recuperación temprana del paciente en casa, disminución en estancia y costos hospitalarios, estableciendo normas de seguridad del paciente en este tipo de atención como las ya establecidas en el ámbito hospitalario, para prevenir eventos evitables como las heridas mencionadas las cuales manejadas en el hogar garantizan una recuperación óptima sin riesgos de complicaciones. (20)

Como se ha analizado, la investigación en la seguridad del paciente se ha focalizado en la atención institucional (Hospitalaria), es poca la literatura científica, la supervisión y control de los programas de seguridad del paciente en la atención domiciliaria, por tal motivo debido al incremento en la cantidad y nivel de

complejidad de este servicio, resulta esencial e importante desarrollar un nivel de comprensión de la seguridad de la atención en este campo, ya que según estudios realizados la seguridad del paciente está más condicionada por fallos de los sistemas que a fallos humanos, tanto es así que se considera que las úlceras por presión siendo una de los eventos prevenibles más común en el hospital y en el domicilio son provocados por falta de aplicación de medidas de bioseguridad que todo servicio de salud debe ofrecer.(32)

El aporte social que puede brindar la investigación estará basada en lograr que las IPS que presten servicios de atención domiciliaria, evidencien la importancia del cumplimiento de protocolos de buenas prácticas en seguridad del paciente, para hacer el seguimiento adecuado de estas (auditorías internas), reportar y notificar eventos adversos relacionados al servicio prestado para así establecer mejoras en la calidad de la atención.

A su vez se requiere que se elaboren normas o políticas direccionados a las buenas prácticas de seguridad del paciente en el ámbito domiciliario tanto en manejo de heridas como en otras prácticas que garanticen una calidad de la atención en casa, por las cuales las IPS se verían obligadas a cumplirlas en su totalidad por ser requisito indispensable para continuar con su funcionalidad dentro de las organización de salud.

Al momento de la ejecución de este proyecto se encontraron bibliografías que nos referenciaron que ofrecer servicios de salud en el domicilio disminuye los costos hospitalarios por estancias prolongadas y riesgos de mayor infección intrahospitalaria, por eso el aporte de esta investigación amplía esta información sobre uno de los beneficios de la prestación de servicios domiciliarios que es la disminución de los costos, ya que los pacientes cuentan con menos riesgos de complicaciones en sus hogares por implementar medidas que velen por su seguridad, contando con la tecnología que de la misma forma es usada dentro de una estancia hospitalaria.

Finalmente esta investigación conlleva a evaluar la necesidad e importancia de continuar realizando estudios e investigaciones sobre este tema de buenas prácticas de seguridad del paciente en el ámbito domiciliario pues cada día será uno de los servicios que mayor utilidad tenga en el área de la salud, por la comodidad, facilidad de atención y seguridad que se ofrece al ser atendido en el domicilio, garantizando servicios de calidad que ofrezcan una óptima y oportuna recuperación del paciente.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

Evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de heridas en una IPS domiciliaria en Barranquilla el periodo de Junio 2015 a Junio 2017

7.2. Objetivos Específicos

*Caracterizar socio demográficamente a los pacientes que son atendidos por presentar heridas y que están adscritos en la IPS objeto del proyecto de estudio.

*Identificar el cumplimiento de las normas de bio-seguridad en el manejo de heridas a nivel domiciliario, al personal de salud de una IPS objeto de estudio.

*Describir la calidad y oportunidad de la prestación de servicio en los pacientes correspondiente al manejo de heridas en el domicilio de una IPS objeto del proyecto de investigación.

8. PROPOSITO

Los resultados del estudio servirán para minimizar el riesgo de acciones inseguras que conlleven a incidentes o eventos adversos durante la prestación de servicios en el manejo de las heridas en el domicilio, estos se podrán reducir en el momento que cada entidad de salud realice auditorías internas, seguimiento y control sobre los procesos de calidad que abarquen la seguridad del paciente, garantizando así un servicio optimo, eficaz y oportuno en el que el paciente se sienta satisfecho por la atencion prestada en su domicilio.

9. MARCO TEORICO

En el transcurrir de la historia, la seguridad del paciente no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa; en la última década ha sucedido lo contrario desde que el Instituto de Medicina (IOM) en los EE UU publicara en 1999 el informe *errar es humano*, su contenido provocó un gran impacto en la sociedad y en la propia comunidad médica al señalar que la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98,000 por año, por arriba de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA (33)

Durante el 2004 en el mes de octubre; la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 5518, en la que se instaba a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) impulsa y promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollada desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones. La finalidad de todas la estrategias a implementar eran basadas en promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos. (33)

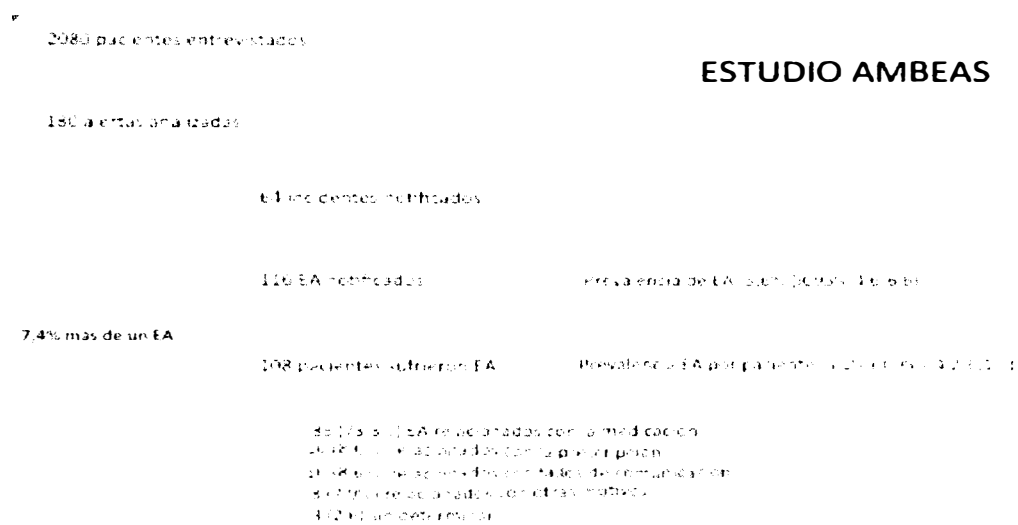
En Europa en el año 2006 el concejo impulso a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias, y durante el mes de septiembre del año 2007, en una comparecencia ante las Cortes Regionales, el Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha se comprometió a la elaboración de un Plan Estratégico de Seguridad del Paciente cuyos principales objetivos son la mejora de la calidad asistencial, la

mejora de los cuidados y la calidad de vida, y el incremento de la eficiencia del sistema sanitario. (26) Para el mes de junio de 2009 el Consejo de la Unión Europea lanzó las “Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. (34)

Para el año 2010 en el mes de octubre, se creó el *Consejo Asesor de la Seguridad del Paciente de Cataluña*, con la finalidad de proponer medidas para alcanzar una asistencia sanitaria más segura y de mayor calidad, con la participación de pacientes y sus asociaciones, profesionales sanitarios, patronales del sector sanitario y la propia Administración. (35)

Se espera que el resultado de las actuaciones que recoge este Plan Estratégico de Seguridad del Paciente para los años 2009-2012, traiga consigo una reducción de los eventos adversos que ocurren hoy en día en la atención sanitaria y sirva como punto de partida para iniciar un cambio en la cultura de la organización, propiciando una mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria con la implicación de los pacientes y profesionales. (36)

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS en el año 2009. Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS 2013 (Primer estudio de prevalencia e incidencia de eventos adversos en servicios ambulatorios), fue hecho en 4 países de Latinoamérica y se basó en la demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. (37)



Fuente: tomado de las charlas de cámara de comercio para Medellín.

En Colombia en el año 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente (38).

En el año 2008, Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (26), para el 2010, Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas o prácticas seguras (2010), las cuales incrementan la seguridad de la atención del paciente.

9.1 DEFINICIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Para la Investigación y Calidad de la Atención Médica: "Seguridad del paciente es una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad

con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud. La seguridad del paciente es también un atributo de los sistemas de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de los mismos”. (39)

La Organización Mundial de la Salud, en el lanzamiento de su Alianza Para la Seguridad del Paciente de octubre de 2004, definió la seguridad del paciente como la ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención a la salud, la disciplina de seguridad del paciente es el esfuerzo coordinado para evitar que se presenten daños en los pacientes, ocasionados por el proceso mismo de atención a la salud. (40)

De acuerdo al Plan Estratégico de Seguridad del Paciente, esta última se puede definir como “la ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria”, la seguridad del paciente constituye un elemento clave de la asistencia sanitaria, habiéndose convertido en una prioridad para la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Se trata de un componente fundamental y un aspecto básico a la hora de valorar hoy la calidad de la atención prestada. (41)

Se toma el concepto de Seguridad del paciente según el Ministerio de Protección Social de Colombia como el 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.(42)

9.1.1 La seguridad del paciente y la atención segura

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. En sentido

estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud recibida. (43)

La seguridad del paciente exige una atención y actuaciones permanentes a varios niveles: A nivel institucional, en el plano profesional y por último, a nivel político y social. (43)

9.2 Definiciones de Atención Domiciliaria

Díaz-Cordobés Rego M, en su artículo la Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados, define la Atención Domiciliaria cómo el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio a aquellas personas y a su familia. (44)

La atención médica domiciliaria es un sistema de la atención prestada por los profesionales cualificados a los pacientes en sus hogares bajo la dirección de un médico, servicios de atención de salud en el hogar incluyen los cuidados de enfermería; terapia física, ocupacional y del lenguaje, los objetivos de los servicios de atención médica en el hogar son para ayudar a las personas para mejorar la función y vivir con mayor independencia; para promover el nivel óptimo del cliente de bienestar; y para ayudar al paciente a permanecer en casa, y evitando la hospitalización en instituciones a largo plazo. (45)

Según la Guía de buena práctica clínica de atención domiciliaria, se define como un servicio predominantemente sanitario mediante el que se provee asistencia continuada para la resolución domiciliaria de problemas de salud que no requieren hospitalización.(46)

9.2.1 Atención domiciliaria basada en el hospital y en la atención primaria:

Esta se caracteriza por prestar cuidados de intensidad y/o complejidad de gran similitud a la hospitalaria, es prestada por profesionales especializados y engloba diversos esquemas asistenciales en función del objetivo perseguido, estado evolutivo de los pacientes atendidos, características y duración de los cuidados, es alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales. (47)

La atención primaria proporciona cuidados de baja intensidad y complejidad a aquellos pacientes que permaneciendo estables en su enfermedad, necesitan de forma continua ser atendidos en su domicilio, donde permanecen aislados casi siempre por presentar diversas discapacidades. (47)

La prestación del servicio domiciliario se encuentra a las administraciones públicas y de las corporaciones locales, es coordinado por el personal de trabajo social, y su gestión y prestación del servicio suelen correr a cargo de organizaciones de carácter no lucrativo, mercantiles o cooperativas que, a través de auxiliares de hogar, proporcionan servicios complementarios con intensidad y duración variables.(47)

En la Atención Domiciliaria la calidad durante la prestación del servicio es de suma importancia ya que este se ha convertido en un factor decisivo para el éxito en la satisfacción en los distintas áreas de servicios, los cuales han permitido mejorar los procesos respecto a los elementos que evalúan la satisfacción y calidad percibida en la atención de salud, existen elementos asociados a la satisfacción o calidad que están incorporados en el proceso de evaluación que los usuarios hacen de la atención de salud teniendo en cuenta cómo es la atención del paciente, pero también valora sus expectativas de cómo debería haber sido atendido y a su vez, otras dimensiones que van más allá de salir sano de su hospitalización (81).

Actualmente en Chile, se comienza a explorar la implementación de una encuesta única que mide satisfacción y calidad percibida, hasta el momento, el principal esfuerzo está puesto en garantizar que las prestaciones de salud alcancen la calidad y las condiciones técnicas requeridas para la seguridad de los pacientes, si bien es cierto que el objetivo final es sanarse, se reconocen otras variables que influyen de forma importante en el estado en que se encuentran, que a su vez, son requisito para su satisfacción e insumos para la evaluación que hace de su experiencia hospitalaria.(81)

Dentro de estas variables, se encuentra el trato “cálido” y “humano” por parte del personal, donde la calidez es considerada un valor y la relación cercana y cálida respecto al personal que lo atiende es una necesidad importante de cumplir, así mismo el apoyo es parte de las expectativas de servicio incluso para la familia y la rapidez en la atención entendido como la oportunidad en la prestación del servicio, el cual es un atributopreciado especialmente en la atención de urgencia. (81)

9.3 Evolución de la Atención Domiciliaria

Los servicios de ayuda a domicilio tienen una larga tradición ya en 1892 se creaba en Frankfurt la primera Asociación de Asistencia Domiciliaria– aunque su verdadero desarrollo se da a partir de la década de los años 60, cuando se empiezan a configurar, en el marco de los distintos Estados de Bienestar, políticas dirigidas a cubrir las necesidades de las personas que –ya sea por alguna enfermedad o discapacidad– precisan cuidados continuados, en esa primera etapa de su desarrollo, los servicios de ayuda a domicilio se dirigen generalmente a personas con un nivel de autonomía relativamente elevado que requieren un apoyo de poca intensidad para poder permanecer en su entorno habitual.(27)

Históricamente, el cuidado en el domicilio surgió entre las enfermeras norteamericanas, al final del siglo XIX a través de la *Visiting Nursing Association*, fue originalmente, llamado de *home care*, significando la y cuidado,

respectivamente, siendo en el idioma portugués traducido como cuidados realizados en el domicilio.(30)

En el año 1930 el 40% de todas las consultas médicas en los Estados Unidos se hacían en el hogar del enfermo 37, la hospitalización a domicilio fue iniciada en el Hospital Guido Montefiore de Nueva York en 1947 por Bluestone, con la finalidad de descongestionar el hospital, encontrar un clima psicológico más favorable para el enfermo y paliar las dificultades debidas a la ausencia de seguro médico en los estratos más bajos de la sociedad, desde entonces los hospitales han incrementado su uso y hoy existen en EE.UU. casi 3.000 agencias certificadas por la Health Care Financing Administration que proporcionan cuidados de rango hospitalario en el domicilio.(45)

En Europa, la hospitalización a domicilio se inicia en 1951 en el Hospital Tenon de París con el nombre de *hôpitalisation à domicile*; posteriormente (1957) se creó en esta misma ciudad el Santé Service, una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, que en la actualidad sigue prestando asistencia sociosanitaria a pacientes crónicos y terminales, a partir de finales de los años sesenta se ha ido implantando en diversos países con diferentes nombres: *hospital care at home* o *hospital at home* en Gran Bretaña *hôpital extra-mural* en Canadá, *hospital based at home* en Suecia, *trattamento a domicilio* u *ospedalizzazione a domicilio* en Italia y *häusliche krankenflege* en Alemania, en España, bajo el nombre de hospitalización a domicilio se inicia en 1981 en el Hospital Provincial de Madrid, surgiendo posteriormente iniciativas similares en diversos hospitales. (47)

A partir de la década de los 70, surge el debate sobre atención comunitaria y toma fuerza el movimiento de desinstitucionalización, lo que lleva a aquellos países con tasas de atención residencial más elevadas –como los países nórdicos, el Reino Unido y Holanda– a plantearse la posibilidad de atender a más personas a través de los servicios de ayuda a domicilio, a partir de los años 90, se unen a lo anterior dos fenómenos que determinan que la demanda de los servicios de ayuda a

domicilio no se limite a aquellas personas con unas necesidades de atención relativamente ligeras, sino que se extienda también a personas con necesidades más intensas, e incluso, en determinados casos, a personas con necesidades de apoyo generalizado.(30)

Las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria, en país argentino; donde el hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín, fueron pioneros en esta modalidad de atención, en 1991 la empresa "En Casa", emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio; en Rosario se cuenta con Internación Domiciliaria en la red de la Salud Pública del Municipio desde el año 1992, en Brasil en el 2001 que se establece el Programa de Asistencia Domiciliaria a partir de una norma operacional de la Asistencia en salud Publica, está orientada a asistir a adultos mayores preferencialmente y cuenta con un gran apoyo de servicios sociales comunitarios, estos servicios están comandados por los gobiernos locales.(48).

En Colombia, la implementación de la Atención Domiciliaria (AD) se inicia en 1993 con la Ley 100, hasta el punto de que hoy casi todas las grandes aseguradoras tienen sus empresas filiales para la prestación del servicio domiciliario, y está en crecimiento constante, surgieron diferentes iniciativas por parte de las aseguradoras que implementaron novedosos modelos de Hospitalización Domiciliaria, en el año 2004 se implementó el modelo público de AD denominado "Salud a su Hogar" con un enfoque familiar y comunitario para la ciudad de Bogotá, este modelo tuvo como iniciativa acercar el sector salud a la vida cotidiana de las personas, superando de esta manera las barreras de acceso a los servicios. (49)

9.4 HERIDAS

9.4.1 Historia de las heridas

En los Estados Unidos y Europa, el cuidado para tratar las quemaduras; en el papiro de Ebers, los egipcios ya utilizaban métodos para el manejo de heridas, con el uso de mezclas de sustancias como la mirra, la goma, el aceite caliente y las resinas de árboles, en forma de emplastos; además, los egipcios fueron los primeros en mencionar los principios básicos del manejo de las heridas: lavar, cubrir e inmovilizar (17).

Posteriormente, en la antigua Grecia, Hipócrates fue el primero en usar vendajes compresivos para el manejo de úlceras venosas, con sustancias similares a las que usaban los egipcios, y recalcó la importancia de las guerras como parte del aprendizaje para los cirujanos y, especialmente, para el manejo de heridas traumáticas (17).

Con el advenimiento del uso de la pólvora en las guerras, los médicos se vieron enfrentados a un nuevo tipo de heridas. Ambroise Paré, padre de la cirugía, fue el primero en tratar las heridas por armas de fuego con vendajes limpios y cambios frecuentes de ellos, desvirtuando el uso de aceite caliente o hierros encendidos para cauterizar dichas lesiones. En las guerras napoleónicas es muy importante mencionar al barón Dominique-Jean Larrey, gran figura de la historia napoleónica y de la medicina universal, el cual participó en varias de las campañas de Napoleón y creó los primeros sistemas de ambulancia y curaciones con tela “limpia”. (17)

El primer paso en el manejo de las heridas crónicas es saber identificarlas y clasificarlas de acuerdo con su etiopatogenia, conociendo las diferencias clínicas entre los diferentes tipos de heridas. Hay que contemplar todos los factores que influyen en el proceso de cicatrización, como son el estado nutricional y metabólico, el compromiso vascular periférico, las enfermedades asociadas, el uso de medicamentos y, muy importante, el entorno psicosocial del paciente; el principio básico del cuidado de las heridas es mantenerlas en un medio húmedo en forma continua, ya que la cicatrización será mucho mejor, rápida y eficiente,

que en un medio seco; otros factores que se deben considerar son: el desbridamiento, con las diferentes técnicas que existen; el manejo de la carga bacteriana, proteger la piel vecina a la herida, y el manejo del dolor. (17)

9.4.2. Concepto general

Herida es una pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico. (50)

9.4.3 TIPOS DE HERIDA

9.4.3.1 Según la integridad de la piel

- **Herida Abierta** Herida con solución de continuidad de la piel o de las mucosas, cuya causa es traumatismo con objeto cortante o contusión. Por ejemplo, incisión quirúrgica, venopunción o herida por arma de fuego o arma blanca.

- **Herida Cerrada** Herida sin solución de continuidad de la piel, cuya causa es contusión con objeto romo, fuerza de torsión, tensión o desaceleración contra el organismo. Por ejemplo, fractura ósea o desgarro visceral. (12)

9.4.3.2 De acuerdo con la gravedad de la lesión

- **Herida Superficial** Solo afecta a la epidermis, cuya causa es el resultado de la fricción aplicada a la superficie cutánea. Por ejemplo, abrasión o quemadura de primer grado.

- **Herida Penetrante** Con solución de continuidad de la epidermis, dermis y tejidos u órganos más profundos cuya causa es un objeto extraño o instrumento que penetra profundamente en los tejidos corporales, habitualmente de forma involuntaria. Por ejemplo, heridas por arma de fuego o puñalada. (12)

9.4.3.3 De acuerdo grado de contaminación

a) Herida Limpia Son aquellas no contaminadas, no existe inflamación y no hay penetración a los sistemas respiratoria, digestiva, genitourinaria ni cavidad orofaríngea. Cierra sin problemas. (12)

b) Herida Limpia-Contaminada Son incisiones quirúrgicas con penetración controlada, bajo condiciones de asepsia y donde hay penetración en una cavidad corporal que contiene microorganismos en forma habitual como el aparato respiratorio, digestivo, genitourinario o en cavidad orofaríngea. Se incluyen cirugías del tracto biliar, gastrointestinal, apéndice, vagina, orofaringe, con preparación previa. Heridas o fracturas abiertas de menos de 4 horas sin recibir antibióticos. No hay contaminación de importancia. La probabilidad de infección va del 5 al 10%.(12)

c) Herida Contaminada Son las accidentales, contaminadas con material extraño, pueden ser recientes o abiertas o las incisiones con trasgresión flagrante de las normas de asepsia quirúrgica, o derrame considerable de contenido gastrointestinal. También se incluyen las incisiones con inflamación aguda no supurativa, fracturas y heridas con más de cuatro (4) horas de evolución, así se haya iniciado el tratamiento quirúrgico. La probabilidad relativa de infección es del 10 - 15%.(12)

d) Herida Infectada-Sucia Se trata de heridas traumáticas de más de 4 horas de evolución, con retención de tejidos desvitalizados, o incisión quirúrgica sobre una zona infectada, o con perforación de vísceras, herida que no cicatriza bien y en la que crecen organismos. La probabilidad de infección es mayor al 25%.(12)

9.4.4 Úlceras por presión: Es una complicación frecuente en cualquier nivel asistencial, especialmente en pacientes con problemas de movilidad y edad avanzada; además, tienen un impacto negativo directo para su salud; Hoy conocemos que las úlceras por presión tienen una mortalidad directa atribuible de más de 600 pacientes anuales. (51)

No se han encontrado datos epidemiológicos referidos a la población andaluza, pero teniendo en cuenta que el 18% de la población española es andaluza, puede suponerse que casi 15.000 ciudadanos y ciudadanas están siendo asistidos por el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) por estar afectados por las úlceras por presión, de los cuales, unos 110 morirán al año por esta causa, aproximadamente 2 personas a la semana. (51)

En los años 80, empezaron a aparecer trabajos que demostraban el efecto de las fuerzas mecánicas y la resistencia de los tejidos a éstas. Las fuerzas mecánicas provocan las upp como consecuencia directa del aplastamiento tisular entre dos planos: uno corporal y otro externo a él.. Así, por tanto, en la formación de las upp se identifican 3 tipos de fuerzas: presión, fricción y cizalla. La disminución de la resistencia de los tejidos a estas fuerzas puede verse alterada por varias causas. En la siguiente tabla se presentan los principales factores de riesgo que disminuyen la tolerancia de los tejidos a las fuerzas mecánicas. (51)

9.4.5 Úlceras varicosas:

Son un tipo de lesión generada por el deterioro de la solución de continuidad con pérdida de sustancia, epitelio y/o conjuntivas producidas por un proceso patológico de origen vascular, tienen una evolución crónica y escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea. (52)

La úlcera se origina por un deterioro de la microcirculación cutánea. Según su etiología se clasifica en:

- **ÚLCERAS VENOSAS:** insuficiencia venosa crónica, antecedentes de varices, trombosis venosa profunda y superficial.(52)
- **ÚLCERAS ARTERIALES:** arterioesclerosis obliterante 90%, vasculitis, tromboangeitis obliterante, enfermedad de Raynaud, tabaquismo discreto, dislipemia, hipertensión arterial. (52)

ÚLCERAS VENOSAS: alteraciones cutáneas y vasculares según grado de insuficiencia venosa.

Grado I Es la fase inicial. Hay varices superficiales que afectan el arco plantar, zonas maleolares y tobillos. El paciente refiere sensación de pesadez y dolor al final de la jornada.
Grado II Puede aparecer: • Edema • Hiperpigmentación purpúrica • Aumento del grosor, pudiendo llegar a elefantiasis en la extremidad • Zona de piel blanquecina localizada en la zona peri maleolar • Eczema de éxtasis, que ocasiona un intenso prurito. Es frecuente que pequeñas erosiones por rascado puedan transformarse en úlceras. • Tromboflebitis • Hemorragias que pueden ser importantes por rotura de venas muy dilatadas
Grado III • Además de la clínica anterior ya aparecen úlceras abiertas, de comienzo súbito (traumatismo directo, rotura de una variz, agentes infecciosos en la piel...) o insidioso (costra persistente, descamación profusa, leves excoriaciones...) • Cicatriz ulcerosa

Fuente: tomado de hospital ramón cajal protocolo de cuidados de úlceras varicosas

ULCERAS ARTERIALES

• Estadio I. Escasa clínica. Los pacientes refieren sensación de frialdad, palidez, hormigueo, parestesia, calambres. Se observa además alteraciones en uñas y vello.
• Estadio II. Claudicación intermitente: dolor en piernas cuando las somete a ejercicio.
• Estadio III. Dolor en reposo.
• Estadio IV. Lesiones tróficas.

Fuente: tomado de hospital ramón cajal protocolo de cuidados de úlceras varicosas

9.4.6 Pie diabético: se conoce como pie diabético a aquellos síndromes en los que la existencia de neuropatía, isquemia e infección provocan alteraciones tisulares o úlceras secundarias a microtraumatismos, ocasionando una importante morbilidad que puede devenir en amputaciones. (53)

Aproximadamente 15% de los pacientes diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida (1 de cada 7); la prevalencia de las úlceras del pie diabético: 1.5-10% y su incidencia: 2.2 - 5.9%; Cada 30 segundos se amputa una extremidad inferior en algún lugar del mundo a causa de la diabetes; El 70% de todas las amputaciones de miembro inferior se producen en pacientes diabéticos. (54)

Dentro de la posible etiología distinguimos:

a) Factores predisponentes: son aquellos que en un enfermo diabético van a ocasionar riesgo de sufrir lesión; es la etapa inicial del pie diabético comienza por la combinación de atrofia progresiva en musculatura más la sequedad en la piel asociada con isquemia en diferente grado. (53)

b) Factores desencadenantes o precipitantes: factores que hacen debutar la lesión; en cualquier caso, su aparición dependerá de los nivel de respuesta sensitiva o umbral de dolor, del tipo de foco aplicado, magnitud y duración del mismo; de la capacidad de los tejidos para resistir la fuente de agresión externa. (53)

c) Factores agravantes o perpetuantes: factores que en un pie diabético establecido van a facilitar la aparición de complicaciones y retrasar la cicatrización; dentro de los factores agravantes clasifican aquellas úlceras neuropáticas que suelen sobreinfectarse por microorganismos de diversa índole, en su mayoría de naturaleza saprófita como estafilococos, estreptococos, entre otros y los factores extrínsecos son de tipo traumático, divididos en causas en mecánicas, térmicos y químicos; el traumatismo mecánico se produce a causa de calzados mal ajustados y aparece como el factor precipitante más importante, llegando a ocasionar hasta el 50% de nuevos casos de todos los tipos de úlcera; El térmico generalmente se produce al introducir el pie en agua a temperatura excesivamente elevada y el traumatismo químico suele producirse por el uso inadecuado de agentes queratolíticos, cuyo máximo exponente es el ácido salicílico.(53)

9.4.7 Infecciones de herida quirúrgicas:

Ocurre en los 30 días después de cirugía, compromete únicamente la piel y los tejidos blandos subcutáneos a la incisión, comprende condiciones tales como, el drenaje purulento de esta zona, sin que comprometa infecciones de órgano y espacio del sitio operatorio, Dehiscencia de suturas profundas espontáneas o deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene, al menos, uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), dolor localizado, irritabilidad a la palpación, a menos que el cultivo sea negativo.(55)

La incidencia de infección en la herida quirúrgica limpia es menos de un 2% y en la cirugía sucia de 30-70%. Pero aún en procedimientos limpios el riesgo de infección de la herida puede variar de un paciente a otro debido a factores de riesgo como edad, obesidad, enfermedad previa y otros. (14)

Las infección de heridas quirúrgicas se clasifican dependiendo de a qué capas llegue (56)

-Infección superficial: Piel y tejido celular subcutáneo

-Infección profunda: Piel, tejido celular subcutáneo y fascia del músculo.

-Infecciones de órgano o espacio: La infección se produce dentro de la cavidad abdominal o vísceras y peritonitis.

Factores que influyen:

-Factores dependientes del germen:

- Cantidad 10^5 gérmenes x gramo de tejido
- Virulencia -Factores dependientes del paciente:
- Edad avanzada

- Diabetes
- Obesidad
- Cáncer
- Inmunodepresión, quimioterapia, radioterapia
- Desnutrición: La hipoalbuminemia favorece las infecciones. (56)

-Factores dependientes del acto operatorio:

- Medidas de asepsia tanto del cirujano como del paciente
- Duración de la intervención
- Transfusiones
- Catéteres y sondas
- Implantes o prótesis: como las prótesis de caderas o mallas de las hernias
- Profilaxis antibiótica: hay pacientes indicados para profilaxis.
- Isquemia-hipoxia tejidos: si se usa mucho el bisturí eléctrico en la cirugía se producirá isquemia y eso produce tejido necrótico y favorece la infección

-Factores propios de la hospitalización:

- Hospitalización prolongada. (56)

Complicaciones de infección de herida quirúrgica

- Evisceración (reintervención): se salen las asas de intestino.

- Progresión a sepsis
- Eventración a largo plazo: hernia sobre cicatriz de intervención.
- Aislamiento: gérmenes multirresistentes
- Cicatriz antiestética
- Aumento estancia hospitalaria. (56)

9.4.8. Tipos de curaciones

La curación se puede definir como el conjunto de técnicas que favorecen la aparición de cicatrización en una herida, hasta lograr su cierre. La curación puede tener como objetivo, utilizada sola o con otra modalidad de tratamiento, el cierre completo de la herida o la preparación de ésta para cirugía como terapia adyuvante. (17)

De acuerdo con el tipo de apósitos y el abordaje diagnóstico y terapéutico que se hace a las heridas, podemos identificar dos tipos de curaciones:

1. curación convencional
2. Curación avanzada.

1. **Curación convencional** Es aquélla en la cual se utiliza materiales de baja absorción y alta capacidad de desecación, representados por gasa y algodón, en forma de compresas, apósitos o torundas, estos materiales son pasivos, y no intervienen en el proceso de cicatrización. por lo contrario aumentan la incidencia de infección y generan más dolor, en este método, las curaciones se caracterizan por ser de frecuencia diaria, dolorosas, ya que en cada evento de curación se remueve tejido sano de manera cruenta con sangrado y dolor, haciéndolo más susceptible a complicaciones locales o sistémicas; lamentablemente, se caracterizan por un alto nivel de empirismo por parte de las personas que lo realizan, sumado a conceptos de cultura popular y folclor que van en detrimento de la atención

profesional, como el uso de plantas, azúcares tipo panela, soluciones antisépticas como el peróxido de hidrógeno, soluciones yodadas o con cloro, que se ha demostrado que lentifican y complican el proceso de cicatrización, tanto en heridas agudas como crónicas (17).

2. Curación avanzada se basa en el principio del ambiente húmedo, utilizando apósitos de alta tecnología que favorecen la cicatrización al estimular el microambiente de la herida; son curaciones realizadas con una periodicidad de 4 a 6 días, según el tipo de herida, sin dolor y costo efectivos; favorecen el cierre rápido y óptimo de todo tipo de heridas (50). Son heridas tratadas con parches médicos de alta tecnología y gel, según la necesidad de la herida. Entre las terapias modernas con que se cuenta para el manejo de las heridas complejas, están el grupo de los apósitos especializados y las técnicas avanzadas, los apósitos se pueden agrupar en once tipos, que son: hidrocoloides, interactivos, alginatos, hidrogeles, apósitos de colágeno, hidropolímeros, películas no adherentes, espumas, apósitos de control de exudado, apósitos de control de metaloproteinasas e hidrofibras. Entre las técnicas avanzadas en el cuidado de heridas, tenemos el uso de ultrasonido, los factores de crecimiento, los apósitos biológicos, la terapia con larvas y la terapia de presión negativa.(17)

9.5 PROCESO DE CICATRIZACIÓN

Acontece un conjunto de procesos biológicos que utiliza el organismo para recuperar su integridad y arquitectura, que se conocen como proceso de cicatrización y que involucra 3 fases: (50)

1. Fase inflamatoria. Entre el primer y segundo día. Se caracteriza por una respuesta vascular y otra celular, manifestadas por vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y aparición de leucocitos, formándose una costra que sella la herida. (50)

2. Fase de fibroplasia. Entre el tercer y decimocuarto día. En este período aparecen los fibroblastos que van a formar el tejido de granulación, compuesto por sustancia fundamental y colágeno. (50)

3. Fase de maduración. Se extiende entre el 15º día hasta que se logra la cicatrización completa (6 meses a un año). El principal evento fisiológico es la epitelización; Posteriormente ocurre la remodelación del colágeno y la regresión endotelial, traducida clínicamente por disminución del color cicatrizal. (50)

9.6 BIOSEGURIDAD

Debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos; el uso de barreras, de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente, los medios de eliminación de material contaminado Comprende los dispositivos y procedimientos a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo. (57)

Se clasifican en:

9.6.1. Residuos Infecciosos o de Riesgo Biológico

Son aquellos que contienen microorganismos patógenos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos y recombinantes como sus toxinas,

con el suficiente grado de virulencia y concentración que pueda producir una enfermedad infecciosa en huéspedes susceptibles.(58)

Los residuos infecciosos o de riesgo biológico se clasifican en:

Biosanitarios Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de los procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente humano o animal tales como: gasas, apósitos, aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsas para transfusiones sanguíneas, catéteres, sondas, material de laboratorio como Manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios en Colombia 11 tubos capilares y de ensayo, medios de cultivo, láminas porta objetos y cubre objetos, laminillas, sistemas cerrados y sellados de drenajes, ropas desechables, toallas higiénicas, pañales o cualquier otro elemento desechable que la tecnología médica introduzca para los fines previstos en el presente numeral. (58)

Anatomopatológicos Son los provenientes de restos humanos, muestras para análisis, incluyendo biopsias, tejidos orgánicos amputados, partes y fluidos corporales, que se remueven durante necropsias, cirugías u otros procedimientos, tales como placentas, restos de exhumaciones entre otros.(58)

En un estudio de investigación “Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza” así llamado, Los hallazgos revelaron que ningún de los cuidados de enfermería alcanzó el nivel deseable de atención de enfermería, y que sólo dos fueron considerados seguros – higiene y confort físico y nutrición e hidratación – ambos pertenecientes a las NHB psico-biológicas. Esa conclusión muestra que la enfermería tiene dificultad en ampliar el alcance de sus cuidados, de manera a incluir las necesidades emocionales y psico-espirituales de los pacientes. (59)

El estudio indicó que, para la prestación de servicios de enfermería de calidad son necesarias intervenciones, basadas en investigaciones científicas, dirigidas a la

realización de gestión del cuidado, utilizando para ese fin: el establecimiento de indicadores que permitan la evaluación de resultados; el comprometimiento y el involucramiento de todos en el proceso de mejora continua; la inversión en el desarrollo de las personas y del trabajo en equipo; la socialización de las informaciones; el incentivo a la innovación y a la creatividad y, además, la atención a las expectativas de los trabajadores y de los pacientes.(59)

Otro estudio llamado “CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD DEL PACIENTE E INEFICIENCIA: ESTUDIO DE CAMPO EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL” en un hospital de Sevilla, se obtuvo como resultado que 5 de los eventos adversos mas comunes, se encuentra directamente relacionados con deficiencias en la atención asistencial, entre ellos los mas relevantes, la úlceras por presión, la flebitis y las infecciones nosocomiales post operatorias, Los resultados obtenidos por la tabulación de cada uno de los eventos o efectos adversos testados por separado y el efecto global recogido en los gráficos generales, ponen de manifiesto que todos los efectos adversos han producido un incremento en la estancia media de la mayoría de los servicios en los que se manifestaron. Teniendo en cuenta la relación entre la variable estancia y la generación de costes hospitalarios, este incremento en la estancia ha supuesto de forma directa un aumento de los costes en línea con el objetivo enunciado. Es evidente también la relación entre la variable estancia y la generación de costes hospitalarios, aumentando éstos cuando aumenta el número de estancias y la relación del modelo utilizado, a través de los GRD's, que ha permitido calcular los costes hospitalarios utilizando el aplicativo COAN H y D. (60)

9.7 Estado del Arte

Según la literatura en la II jornada sobre mejora en la seguridad del paciente en atención domiciliaria, Las caídas y la aparición de úlceras por presión (upp) en el domicilio son efectos adversos evitables en gran medida; las evidencia científica muestran que la valoración de los riesgos y la modificación de éstos tiene efectos sobre la incidencia de las caídas, así como también la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión disminuye la aparición de upp. Cada año un 30% de los mayores de 65 años sufren caídas en el domicilio, esta cifra se triplica en instituciones; al menos una de cada diez caídas causa fractura y una de cada cinco requiere atención médica. (61)

Hoy en día se evidencia la importancia del desarrollo de una "cultura de la seguridad" ya que es un elemento clave en la atención de los pacientes y un requisito obligado de calidad asistencial en los entornos de cuidados agudos; dentro de los errores relacionados con la atención sanitaria podemos encontrar dos términos: el cuasi incidente (cuando no se produce lesión o produce un daño leve) y el "evento adverso" (cuando se causa daño al paciente como resultado de la aplicación de cuidados de salud). (62)

El National Health Service (Sistema Nacional de Salud) (NHS) británico se refiere a los ENOJA como: "aquellos incidentes en la seguridad del paciente, graves y ampliamente prevenibles, que no deberían ocurrir nunca si las medidas preventivas existentes han sido implementadas por los profesionales de la salud"; el estado actual del conocimiento acerca de las úlceras o lesiones por presión (UPP) define a estas como una circunstancia evitable en un altísimo porcentaje de casos; por este motivo, son consideradas como un problema de salud que coincide plenamente con las agendas de seguridad de los pacientes, un tema de gran vigencia e imprescindible en la definición de políticas para el sistema de salud.(62)

que se asocian con numerosos efectos negativos para la salud y además que los proveedores de atención médica pueden tener una formación limitada o experiencia en el área de la seguridad del paciente y con frecuencia tienen poca o ninguna supervisión directa de la atención del paciente. (64)

Según lo anteriormente expuesto, se define que la caídas, la disminución de las capacidades funcionales, úlceras por presión y heridas que no cicatrizan, tienen el potencial de dar lugar a los ingresos hospitalarios no planificados, por tanto la importancia de la investigación sobre las prácticas eficaces, llevados a cabo en los centros de atención médica en el hogar para seguir con la mejora de la seguridad y calidad de la atención del paciente en casa (45).

10. Marco Legal

Se establece la Normatividad Nacional e Internacional de la Seguridad del Paciente y la Atención Domiciliaria

10.1 Normatividad de Seguridad del Paciente

Resolución Ministerial No 143-2006 de Perú, se conformó el Comité Técnico para Seguridad del Paciente, el mismo que elabora el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008, cuyo propósito es fortalecer los servicios de salud como lugares cada vez más seguros para la atención de los pacientes, en el marco del compromiso nacional asumido por el Ministerio de Salud como integrante de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente. (65)

La Norma española UNE 179003:2013 ofrece a las organizaciones sanitarias un marco y una forma sistemática de abordar la gestión de la seguridad del paciente desde una perspectiva clínica y organizativa, que contribuye a alcanzar un balance eficiente entre riesgo, resultados en salud y costes, obtener la certificación con UNE 179003:2013 demuestra el cumplimiento de unas normas y unos procedimientos de trabajo dirigidos a disminuir la incidencia de eventos adversos, y obliga a realizar intervenciones de mejora continua, porque la Norma exige

realizar un seguimiento periódico del sistema de gestión de riesgos mediante auditorías regulares. (66)

El Decreto 2309 de octubre de 2002 del Ministerio de Protección Social, reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y consideró, junto con el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y con la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad de la atención y obliga por Ley a las instituciones de salud a lograrlas. (67)

Resolución 2003 de 2014 dispone de la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros. (68)

10.2 Normatividad de Atención Domiciliaria

Resolución 704/2000, Normas De Organización Y Funcionamiento De Servicios De Internación Domiciliaria (Argentina), Internación Domiciliaria es una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana. (69)

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007 de Mexico.

El domicilio del enfermo, debe ser considerado como el sitio más adecuado para el otorgamiento de los cuidados paliativos, el médico tratante del establecimiento, área o servicio, deberá aplicar protocolos de tratamiento para brindar cuidados generales y específicos, para el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan a los pacientes, los cuales deberán contener las indicaciones básicas

para detectar situaciones que ameriten que el paciente sea trasladado al servicio de urgencias de una unidad hospitalaria, con la finalidad de evitar desplazamientos innecesarios del paciente a establecimientos para la atención médica hospitalaria, los familiares, tutor o representante legal, tendrán derecho a recibir información e instrucciones precisas por escrito, respecto los cuidados generales y propios de la condición del paciente. (70)

El modelo de atención domiciliaria fue reconocido en Colombia con la Ley 1122 del 2007 (Artículo 33) mediante la cual se realizaron modificaciones del SGSSS y estableció: El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo, su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar, este plan debe incluir los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria. (71)

Mediante el Acuerdo 029 de 2011 (Artículo 25) de la Comisión de Regulación en Salud – CRES – por el cual se actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud define que la atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente. (72)

Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, puntualmente describe la AD como: Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o

cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posibles, garantizando su seguridad. (73)

11. Diseño Metodológico:

11.1 Tipo de Estudio:

Este proyecto de investigación se desarrollo con un enfoque metodológico cuantitativo, descriptivo - transversal, en el periodo de tiempo determinado 2015-2017 para identificar las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de las heridas a nivel domiciliario.

Cuantitativa: Porque se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y deducir el cumplimiento de aspectos normativos, se uso la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamientos en una población.

Descriptivo: Porque a través de la observación directa, se describió el fenómeno relacionado con la seguridad del paciente en el manejo de heridas a nivel domiciliario y se realizo un análisis descriptivo que detalle aspectos cuantitativos relacionados con la aplicación de las buenas prácticas en el manejo de estas heridas.

Transversal: Porque la información se obtuvo en un corte de tiempo, en la cual se aplicó el Cuestionario “Buenas Prácticas en el manejo de Heridas” en las visitas domiciliarias realizadas por personal de salud de la IPS objeto de estudio, por medio de la observación directa de las investigadoras.

11.2 Población:

La población y muestra seleccionada, estuvo constituida por los 54 pacientes que fueron identificados en la base de datos de una IPS privada que presta servicios de salud asistencial a domicilio y que se encuentra adscrita a una EPS privada y viven en los diferentes barrios de la ciudad de Barranquilla. Se abordó el estudio de manera censal a conveniencia ya que es la totalidad de pacientes para manejo

de heridas con que cuenta esta IPS. Cada paciente firmo la debida autorización para ser visitado y encuestados durante el periodo de estudio.

11.3 Fuentes de recolección de la información:

11.3.1 Fuente Primaria

La información fue suministrada por los pacientes por medio de un instrumento (ENCUESTA) en donde se recolectaron todos los datos acerca de la seguridad del paciente en el ámbito domiciliario, explícitamente la aplicación de buenas prácticas de seguridad en el paciente con relaciona al manejo de las heridas.

11.3.2 Fuente Secundaria

*Revistas y articulos científicos nacionales, internacionales indexados en las bases de datos como: (Redalyc, Elsevier, Enfermeria Global..) y de la Universidad Simón Bolívar (Proquest, EBSCO, Science Direct), donde encontramos diversos estudios relacionados sobre la seguridad del paciente en la atencion domiciliaria, que nos permitieron conocer e identificar la importancia de la aplicación de esta temática en todas las IPS que presten este tipo de servicio.

11.4 Criterios de Inclusión

Para este proyecto de investigación, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Los pacientes debieron estar inscritos en la base de datos de la IPS objeto de estudio.
- Paciente con un mes mínimo de recibir la atención domiciliaria por parte de la IPS, de tal modo que tuviesen fundamentos de cómo funciona la IPS y como son los servicios asistenciales que recibe.
- Pacientes que aceptaron voluntariamente la participación en esta investigación.

- **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes fuera del rango del tiempo de estudio.
- Pacientes que tenían más de 2 meses de haber terminado el manejo de heridas.

11.5 Instrumento de Recolección de la Información:

Al realizar la búsqueda de información e instrumentos que midieran la seguridad del paciente con relación al manejo de heridas a nivel de atención domiciliaria, se encontraron varias listas de chequeos que son utilizadas por algunas IPS que prestan sus servicios asistenciales a domicilios, estas listas permitían medir la calidad a partir de la satisfacción del paciente, mientras que otros instrumentos permitían medir la oportunidad de la prestación de los servicios; todas estas listas de chequeo en términos generales buscan identificar la satisfacción y aprobación por parte del paciente hacia el servicio que recibieron, pero se identificó un instrumento diseñado por la Ips Medicina Integral en Casa el cual se acoplaba a esta investigación, se les solicitó por correo electrónico la autorización para el uso del mismo al cual le dieron la aprobación por parte de su Gerente General, y este fue acoplado a cada una de las variables de esta investigación, se fue tomando algunas preguntas de estos hasta que finalmente se logró organizar trece preguntas, que conformaron el Instrumento más cercano a lo que las investigadoras quisieron encontrar para resolver el problema que querían medir como fue la evaluación de la seguridad en el paciente relacionados con el manejo de heridas en el ámbito domiciliario. Adicionalmente el instrumento contempla características muy específicas las cuales son apropiadas para el tipo de servicio donde se realizó la investigación.

Las categorías que plantea el instrumento (buenas prácticas en bioseguridad frente al manejo de las heridas, calidad y oportunidad en la prestación del servicio) permiten conocer lo que el usuario percibe y expresa personalmente con relación a la interacción que se establece en la seguridad del paciente domiciliario

entre el personal asistencial y el usuario. Por otra parte al aplicar el instrumento se determinó cuáles eran los aspectos que el paciente consideraba principales en la interacción personal que se establecieron con él conociendo las acciones realizadas por el personal de salud de la IPS y percibidas por el paciente como significativas o importantes para que se piense en la calidad de los cuidados.

Las categorías anteriormente mencionadas, permitieron determinar los comportamientos que se percibían importantes para que el usuario se sintiera satisfecho. Para obtener la percepción que tiene el usuario sobre las acciones que indican calidad en los cuidados brindados, se estableció una escala de clasificación de 5 a 1 donde 5 es siempre, 4 casi siempre, 3 algunas veces, 2 pocas veces y 1 casi nunca, permitiendo al paciente opinar según la significancia que tiene para él las acciones realizadas por el personal de salud.

El instrumento adaptado se compone con 13 ítems, cada uno de los ítems contemplados, se les aplicó una escala de calificación adecuada donde se le pregunta al paciente permitiéndole emitir su percepción dentro del contexto, por otro lado los ítems se adecuaron perfectamente al espacio donde se realizó la investigación y son pertinentes al rol que ejerce el personal de salud en este ámbito.

La necesidad de determinar si se adecua al logro de los objetivos, se realizó la validez facial del mismo, para ella se escogieron tres expertos en Hospitalización Domiciliaria, los cuales tienen amplia experiencia en este campo. A cada uno de los expertos se le dio a conocer los objetivos de la investigación; por separado, cada uno de ellos realizó el análisis de la pertinencia del instrumento y si las conductas de atención explícitas en cada una de las categorías se adaptan a la modalidad de prestación de servicio (hospitalización domiciliaria), los tres expertos avalaron este instrumento para los fines de esta investigación recomendaron evaluar lo concerniente a la educación ya que es de suma importancia en la gestión del cuidado que se brinda en el servicio.

11.6 Recolección de los datos.

Este estudio se realizó en una IPS de la Ciudad de Barranquilla, previa autorización para el desarrollar el proyecto de grado, y así lograr contar con el suministro de una base de datos de los pacientes que están adscritos a esta, por otro lado se contacto a los pacientes y se visitó, en el primer contacto, se les explico el objetivo de la investigación y se les solicito que si estaban de acuerdo, firmaran el consentimiento informado.

La recolección de la información fue realizada por las investigadoras de este proyecto durante el periodo de Diciembre 2016 a Marzo 2017 teniendo en cuenta la base de datos facilitada por la IPS.

11.7 Manejo y análisis de la Información.

Una vez se obtuvieron los datos de la información recolectada del instrumento, se llevó a una tabla de Excel, utilizando el programa de procesamiento estadístico SPSS, versión 17, donde se tabularon en frecuencia y porcentaje, se realizó cruce de variables generando tablas y graficas que representaban los resultados arrojados en la encuesta aplicada a la población descrita.

11.8 CONSIDERACIONES ETICAS

La investigación se amparó en la Resolución 008430 de 1993, la cual señala los lineamientos a seguir en un proyecto de estudio en salud, considerando los aspectos éticos en la investigación con seres humanos, contemplando la importancia y los requisitos primordiales de la elaboración de un consentimiento informado.

Los participantes de la investigación, conocieron los beneficios que podían surgir en el transcurso de la ejecución del proyecto, dejando implícito que la participación en el estudio era voluntaria y la información recolectada sería confidencial,

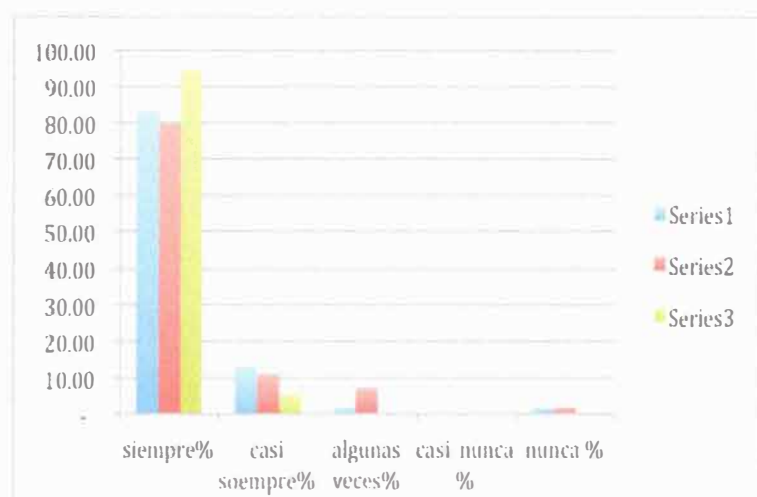
utilizada únicamente para fines académicos por lo que antes de responder la encuesta se diligencio el consentimiento informado.

Hubo consideración ética en el momento de elaborar el proyecto de investigación dado que se tuvo respeto a la autoría de los artículos y se hizo uso con cautela de la información y bibliografía obtenida.

En la grafica 5 se evidencia que un 80% de la población considera que el personal de salud cumple con el lavado de manos antes y después de realizar el procedimiento, el 88% respondió que el personal usa los elementos de protección según la herida, el 90% de los encuestados considera que el personal cumple con las condiciones de higiene y normas asépticas durante la manipulación de heridas y por lo contrario en la recolección de material de desecho utilizado, la mayoría de los pacientes (70%) responde que no se cumple con esta norma de bioseguridad.

GRAFICO 6. Análisis sobre la educación en la prestación de servicio a domicilio por parte del personal de salud al paciente sobre el manejo de la herida de la IPS.

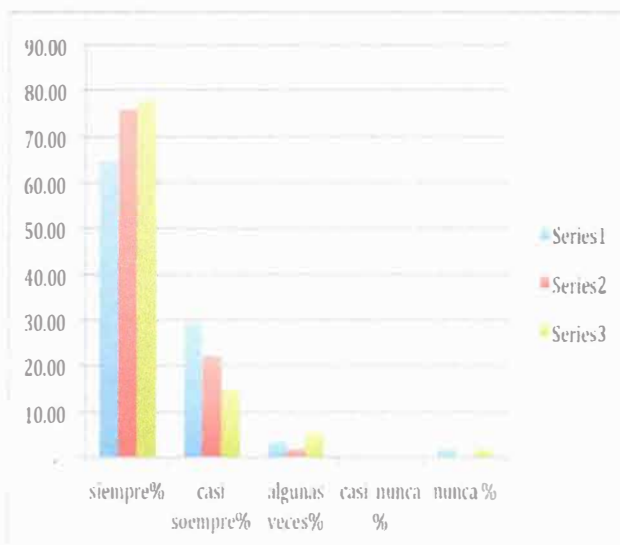
Serie	EDUCACION
1	El personal le brinda intrucciones sobre como manejar la herida si queda expuesta al entorno o a sustancias que retrasen el proceso de cicatrizacion de la misma
2	El personal le informa como mantener seca, limpia, e hidratada la piel cercana a la herida, para evitar complicaciones de la misma
3	El personal brinda informacion sobre los cuidados que debe tener una vez le realizan la curación



En la grafica 6 se evidencia que el 82% de la poblacion afirma que el personal de salud les brinda instrucciones sobre el manejo de heridas que queden expuestas, el 80% de los encuestados responden que el personal les informa con mantener seca y limpia la piel cercana a la herida y el 93% de la poblacion asegura que tambien se le educa sobre los cuidados a tener despues de una curacion.

GRAFICO 7. Analisis sobre la oportunidad en la prestación de servicio a domicilio por parte del personal de salud de la IPS.

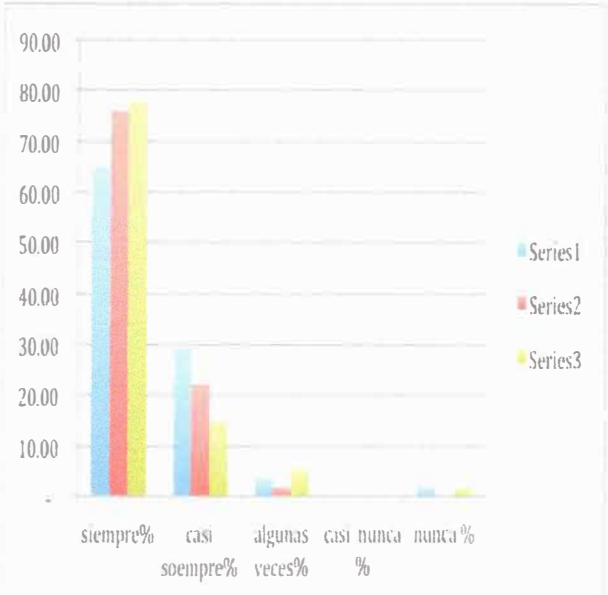
Serie	OPORTUNIDAD DEL SERVICIO
1	cumple con el horario y fechas establecidas para la realizacion de las curaciones
2	brinda educacion sobre las herida y manejo de estas en casa y como contribuir al mejoramiento y pronta recuperacion de la integridad de la pies lesionada y del resto del cuepo.
3	el timpo y los resultados obtenidos cumplieron sus expectativas , (sobre el proceso de cicatrizacion y recuperacion de la integridad de la piel y tejidos alterados)



En el grafico 7 se observa que para el 65 % de la población el personal de salud cumple con el horario y fechas para la realización del procedimiento, el 75% considera que si los educan sobre el cuidado de la herida y como contribuir a su mejora, y el 78 % de los encuestados respondieron que se sienten satisfechos con los resultados de cicatrización obtenidos.

GRAFICO 8. Analisis sobre la calidad en la prestación de servicio a domicilio por parte del personal de salud de la IPS.

Serie	CALIDAD DEL SERVICIO
1	El personal al llegar a su casa le saluda y son amables
2	El personal le informan sobre el procedimiento a realizar de forma clara y sencilla
3	El paciente percibe en el personal de salud conocimientos, destrezas y habilidades para el manejo de la herida?



En el grafico se evidencia que para el 65% de los encuestados el personal de salud es amable y saluda al llegar al domicilio, el 75% de la población afirma que el personal les informa sobre el procedimiento que se va a realizar de forma clara y sencilla y para el 78% de los encuestados el personal de salud cuenta con los conocimientos y habilidades para el manejo de heridas.

13. DISCUSION

Durante la ejecución de esta investigación y revisando las diversas bibliografías se halló que a nivel domiciliario aun no existen estudios que indaguen sobre las infecciones y complicaciones que puede presentar al paciente en caso de hacer omisión al cumplimiento de las normas de bioseguridad establecidas, conociendo que en el hogar también es importante velar por la bioseguridad que previenen riesgos tanto para el personal de salud como para el paciente que precisamente confía que permaneciendo en su hogar puede encontrar mayor seguridad y calidad en la atención.

En los resultados de la caracterización socio demográfica, se evidenció que La edad que prevaleció en la totalidad de los pacientes en estudio fue entre los 66-80 años, tal es así que en el artículo de “curso de enfermería comunitaria atención domiciliaria del 2011”, se afirma que el incremento de la proporción de adultos mayores, a los cuales se les dificulta el traslado a los centros asistenciales, genera una gran demanda en la atención sanitaria en general y domiciliaria en particular, ya que se aumenta el nivel de dependencia por incapacidad e invalidez que impiden la realización de actividades cotidianas, por lo que se considera que la atención en el propio hogar se hace más necesaria.

Una de las principales Normas de Bioseguridad en todo procedimiento al que se vaya a estar expuesto en área de salud es el lavado de manos, el cual sigue siendo una de las prácticas más desestimadas por el personal de enfermería principalmente pese a las estrategias desarrolladas por la OMS y su reconocimiento como uno de los más importantes mecanismos para prevenir y controlar la diseminación de infecciones asociadas con el cuidado directo, de hecho la adherencia a los protocolos de lavado de manos reportada en la mayoría de los hospitales es baja, en promedio 40%, sin embargo esta investigación realizada en el ámbito domiciliario demostró lo contrario según lo que arrojaron las encuestas, donde según los pacientes todo el personal que llegaba a

su hogar a realizar el proceso de curación de heridas, siempre se lavaba las manos antes de realizar el procedimiento.

Al evaluar las diferentes heridas que eran manejadas en el domicilio de los pacientes en estudio, se encontró que la que más prevaleció fue la UPP (ulcera por presión), encontrándose similitud en la frecuencia con el área de Hospitalización, ya que según la Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas, La ocurrencia de úlceras por decúbito en pacientes hospitalizados, es una complicación frecuente, ya que la mayoría se encuentran inmovilizados, teniendo un impacto negativo para la salud del individuo y a menudo, produce prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de costes sanitarios.

Durante el proceso de aplicación del instrumento una de las preguntas hacía énfasis sobre el grado de satisfacción de los pacientes acerca de los resultados obtenido en el proceso de cicatrización de la herida, el cual arrojó que el 70% de los pacientes se sintieron satisfechos con los resultados del manejo de la lesión que presentaban, esto se relaciona con el concepto que se emite en el proyecto de grado sobre la Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en hospitalización domiciliaria en Bogotá el cual refiere que en la evaluación de la calidad del cuidado, es fundamental medir el grado de satisfacción (percepción) que el paciente ha tenido del servicio ofrecido por parte del profesional de enfermería

Uno de los resultados del proyecto de investigación indica que el 75% de los encuestados percibe en el personal de salud conocimientos, destrezas y habilidades para el manejo de la herida, este dato es relacionado con el proyecto de grado de clínica de heridas realizado en Medellín, el cual asegura que el personal de enfermería que atiende el tipo de heridas mencionadas requiere del conocimiento de los elementos que fundamentan la curación avanzada.

.Otro de los resultados del proyecto en cuanto a la calidad del servicio fue el de amabilidad y buen trato de personal de salud hacia los pacientes y familiares durante el manejo de heridas, un 60% de los encuestados manifestaron que siempre saludan y son amables, sin embargo en el proyecto de Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en hospitalización domiciliaria se obtuvo un mayor porcentaje (84%) en cuanto la amabilidad de la enfermera con el paciente a pesar de tener situaciones difíciles, por lo que se considera que aun hay que mejorar en el trato hacia el paciente y familiar en el momento de la atención para que aumente la calidad del servicio.

14. CONCLUSION

La seguridad del paciente es un tema con mucha trayectoria, en cual se han reglamentado ciertas directrices para el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud, en esta búsqueda de mejoramiento se han evidenciado aspectos en los que se evalúan fallas en la atención hospitalaria que generan daños secundarios al paciente, ajenos a los de su patología inicial en los cuales se habla de eventos adversos como aquel daño o lesión que se genera al paciente de manera no intencional, dentro de ellos podemos mencionar la UPP (ulceras por presión) como un tipo de lesión o herida genera a cualquier personal con limitación o dependencia de la movilidad, en los cual las literaturas demuestras que es un evento prevenible en donde se ve involucrado el personal de la salud, en especial el equipo de enfermería ya que es una actividad propia de la profesión, donde se señala responsabilidad y falla en la prestación de servicio de salud.

También caben destacar otro tipo de lesiones, como lo son las heridas generadas por enfermedades crónicas, o por infecciones adquiridas a nivel intra-hospitalario, como la diabetes, enfermedades de origen vascular, las heridas quirúrgicas con infecciones del sitio operatorio generadas por deficiencia en las técnicas asépticas al momento del lavado quirúrgico, a entornos no aptos para paciente en post operatorio, la falta de lavado manos, siendo estos factores contribuyentes a evaluar las medidas para promover calidad en la atención de un servicio de salud.

Las Heridas que prevalecieron según los hallazgos en el proyecto de investigación fueron las úlceras por presión, seguida de las úlceras varicosas, las cuales son las que mayormente se estudian en la literatura científica por considerarse lesiones crónicas que disminuyen o retrasan la recuperación y cicatrización de las mismas, teniendo que hacerles mayor seguimiento y cuidado continuo por parte del personal de enfermería que es el encargado del manejo de éstas.

El grado de aplicación de las normas de bioseguridad (lavado de manos, uso de guantes) para la realización del procedimiento de curación de heridas que se evidenció en el proyecto fue satisfactorio coincidiendo con la importancia del cumplimiento de las mismas según las bibliografías estudiadas para prevenir lesiones tanto en el personal de salud que presta el servicio como para el paciente, sin embargo al evaluar el cumplimiento de la recolección de desechos en el domicilio como norma de bioseguridad se halló que la mayoría de los encuestados reportaron que el personal de salud dejaba los residuos en el hogar del paciente y ellos mismos se encargaban de desecharlos, cuando según normatividad, la IPS se debe encargar de la recolección y desechos de estos residuos, ya sea que el personal que presta el servicio se los lleve y los deposite en un lugar indicado o que se contrate un transporte que recolecte los mismos.

Los resultados obtenidos durante la ejecución del proyecto de investigación se halló coincidencia en la edad prevalente en la atención domiciliaria la cual corresponde al adulto mayor (60 años en adelante), quienes son los que por lo general requieren ser atendidos con mayor calidad y oportunidad ya que estos presentan patologías crónicas, incapacitante en algunos casos que limitan el traslado a un hospital o centro ambulatorio.

Partiendo de la necesidad de mejoramiento de la calidad y del mantenimiento y continuidad de la seguridad de paciente en manejo de heridas en la atención domiciliaria nace la necesidad de evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en manejo de heridas en una IPS de atención domiciliaria de la ciudad de Barranquilla; con el fin de identificar el cumplimiento de las normas de bio-seguridad en el manejo de heridas a nivel domiciliario, y describir la calidad y oportunidad de la prestación de servicio correspondiente al manejo de heridas en el domicilio de una IPS objeto del proyecto de investigación.

Se evidenció que para lograr un mayor y rápido proceso de recuperación del paciente en este caso la cicatrización de heridas el mejor lugar es el domicilio, ya que este entorno cuenta con menos riesgos para adquirir infecciones asociadas o

no a la patología del paciente, a diferencia del hospital donde según los autores estudiados hay una alta probabilidad de adquirir infecciones que puedan complicar el estado de salud del paciente y por ende retrase la recuperación de la herida.

Finalmente se puede concluir que según los hallazgos identificados en la investigación, no hay aplicación de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de las heridas en el domicilio por parte del personal de salud debido a que a pesar que utilizan las barreras de protección personal, se aplica el lavado de manos indicado y se brinda educación al paciente sobre su herida, no se cumple con los protocolos del manejo de heridas en cuanto a la recolección adecuada de residuos contaminantes utilizados, lo cual puede afectar la seguridad del paciente en su domicilio.

15. RECOMENDACIONES

-Instruir al personal de salud en la importancia de cumplir con las Normas de Bioseguridad establecidas para el cuidado propio y de los pacientes.

·Realizar capacitaciones continuar acerca de las buenas prácticas en el manejo de heridas a todo el personal encargado de esta labor.

-Se recomienda realizar control y seguimiento a la aplicación de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de heridas en el ámbito domiciliario.

-Se sugiere continuar investigando y publicando sobre el tema dado, ya que existe poca literatura al respecto, lo cual fue una limitación para este estudio.

16. TABLA DE VARIABLES

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR
Socio demográfica	Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cuantitativa	Discreta	<20 años 20-35 años 36-50 años 51-65 años 66-80 años 81 y más
	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
	Estrato socio-económico	Cada una de las divisiones de las sociedad, según criterios de prestigio social o nivel económico	Cualitativa	Ordinal	1-2-3-4-5-6
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Profesional Especialista
	Tipo de Heridas	Diferentes lesiones que afectan la integridad de la piel	Cualitativa	Nominal	Ulcera varicosa Ulcera por presión Heridas postquirúrgicas

					Heridaspostraumáticas
--	--	--	--	--	-----------------------

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR
Normas de Bioseguridad	Lavado de Manos	Procedimiento de limpieza para eliminar microorganismos de las manos	Cualitativa	Nominal	1. Antes de tocar al paciente. 2. Antes de realizar una técnica aséptica. 3. Después de exposición a líquidos corporales. 4. Después de tocar al paciente. 5. Después del contacto con el entorno del paciente
	Elementos de	Dispositivos que	Cualitativa	Nominal	

	protección personal	usa el trabajador para protegerse él y al paciente contra posibles infecciones.			-Guantes -Tapabocas
	Eliminación de residuos	Proceso de recoger los desechos para llevarlos al lugar indicado y destruirlos.	Cualitativa	Nominal	-Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Pocas veces -Casi nunca

	Buen trato	Ser amable y respetuoso con las personas.	Cualitativa	Nominal	Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Pocas veces -Casi nunca
Calidad del Servicio	Información de los procedimientos a realizar	Explicar de forma clara al paciente o familiar sobre el procedimiento que	Cualitativa	Nominal	Siempre -Casi siempre

		se realizará			-Algunas veces -Pocas veces -Casi nunca
	Conocimientos y destrezas del personal en el manejo de heridas	Habilidades del personal de salud que presta el servicio.	Cualitativa	Nominal	Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Pocas veces -Casi nunca

Oportunidad de servicio	Cumplimiento horario para curaciones	Acudir de forma puntual al domicilio del paciente en los horarios establecidos.	Cualitativa	Nominal	Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Pocas veces -Casi nunca
--------------------------------	--------------------------------------	---	-------------	---------	---

	Educación sobre manejo y recuperación de heridas	Brindar asesoría al paciente y familiar sobre el manejo y recuperación adecuada de la herida	Cualitativa	Nominal	Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Pocas veces -Casi nunca
--	--	--	-------------	---------	---

17. DEFINICIONES

Atención Domiciliaria recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución en el domicilio del paciente, problemas de salud, que por su situación de incapacidad física no puede desplazarse a un centro de salud, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver, no requiere la hospitalización del paciente. (74)

Curación: Procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización, es una técnica aséptica, por lo que se debe usar material estéril. (75)

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño en el paciente. (76)

Heridas: Una herida es el efecto producido por un agente externo que actúa sobre una parte de nuestro organismo, superando la resistencia de los tejidos sobre los que incide, causando una rotura de la superficie cutánea o mucosa, en definitiva, es una lesión caracterizada por una discontinuidad en el epitelio que lo reviste. (77)

Paciente: Persona que recibe atención a la salud. (78)

Seguridad del Paciente: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención de salud y/o de mitigar sus consecuencias. (79)

Úlcera por presión: Lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos adyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno del paciente y otro externo a él. (78)

Úlcera Venosa. Son heridas abiertas en la piel de las piernas debido a la mala circulación sanguínea en las venas de estas extremidades. (80)

18. BIBLIOGRAFIA

1. Gil Pardo A, Arguedas R, Análisis de la estructura organizativa de la seguridad del paciente en los centros hospitalarios, Ayudas a la investigación, Fundación MAPFRE, 2011.

https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/pt/images/analisis-estructura-organizativa-seguridad-paciente-centros-hospitalarios_tcm185-98019.pdf

2. Salamano M, Palchik V, Botta C, Colautti M, Bianchi M, Seguridad del paciente: aplicación de gestión de calidad para prevenir errores de medicación en el circuito de uso de medicamentos, Revista Calidad Asistencial ELSEVIER Vol 28. Num 1, Enero-Febrero 2013.

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-aplicacion-gestion-S1134282X12000759?redirectNew=true>

3. Cuevas Cuerda L, Fernández Marín C, García Salvador I, Gómez A, Grau Santana P, Hernández Vidal P, López Bueno L, Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas, Valenciana 2012.

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf

4. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas, 2015.

http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Pr evencion_UPP.pdf

5. Ministerio de Salud y Protección Social, Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf>

6. Paul A. Gluck, Seguridad del Paciente Cierta Avance y Numerosos Retos, Series de Especialidad Clínica por The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012.

http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012_GluckCES_Translation.pdf

7. Gómez Ramírez O, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateus Galeano E, Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente, Avances en Enfermería, Revista UNAL, 2011.

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099>

8. Díaz C, Braem V, Giuliani Diez A, Restelli E, Seguridad del paciente, un problema vigente y actual, Revista Biomedica Medwave, 2014.

<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/5941>

9. Hall Ellenbecker C, Samia L, Cushman M, Alster K, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Chapter 13. Editor: Ronda G Hughes, PhD, 2008.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/>

10. Da Silva, Nicácio P, de Almeida, Alves Evangelista O, Rocha I, Terapia tópica en el tratamiento de las heridas crónicas, Enfermería Global. vol.13 no.33 Murcia enero. 2014

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-1412014000100003

11. EH Moore Z, Webster J, Samuriwo R, Equipos para el cuidado de la herida para prevenir y tratar las úlceras por presión, Grupo Cochrane de Heridas, 16 de de septiembre 2015.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011011.pub2/full>

12. Proceso de bienestar estudiantil, Protocolo para el proceso de Herida, Resolución N ° 294, Febrero 27 de 2008.

https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocolos/TBE.01.pdf

13. Servicio Andaluz de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de ulcera por presión 2007.

https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2462/1/PrevencionTratamientoUlcerasPresion_GPC_2007.pdf

14. Davila M, Infecciones de cirugía, Costa Rica 2003

<http://www.binasss.sa.cr/infeccioncirugia.pdf>

15. Tobo Vargas N, La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril, Revista Enfermería, vol.31 no.1 Bogotá Junio 2013

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000100015

16. Casamada N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guías prácticas de la utilización de antisépticos en el cuidado de la herida, Barcelona: Laboratorios SALVAT, 2002.

http://www.chospab.es/enfermeria/Documentos/guia_antisepticos.pdf

17. JIMÉNEZ C, Curación avanzada de heridas, Revista Colombiana, 23(3):146-155, 2008.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n3/v23n3a4.pdf>

18. Esteban J, Ramirez D, Sanchez F, Guía de buena práctica clínica de atención domiciliaria, Atención Primaria de Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo.

https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf

19. Mitre Cotta R, Suárez Varela M, Llopis González A, Cotta Filho J, Real E, Días Ricós J, La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas, Revista Panama Salud Publica 10(1), 2010

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n1/5850.pdf>

20. Ministerio de protección social, La seguridad del paciente y la atención segura. Colombia

<http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>.

21. Antares consulting, La Atención Domiciliaria en Europa: estructura actual y retos para el futuro, 06 JUNIO 2013.

<http://www.antares-healthlines.com/nc/articulo/la-atencion-domiciliaria-en-europa-estructura-actual-y-retos-para-el-futuro/> Agosto 2016

22. El periódico Extremadura, Extremadura lidera ya la atención domiciliaria a ancianos en España, Último estudio sobre el cuidado social de los mayores, Agosto 2016.

http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/extremadura-lidera-ya-atencion-domiciliaria-ancianos-espana_81380.html

23. Patón Villar F, Lorente Granados G, Fernández-Lasquetty B, Hernández Martínez A, Escot Higuera S, Quero Palomino A, Navarro González I, Plan de mejora continua en prevención- tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming, Rincón científico, Comunicación, Gerokomos vol.24 no.3 Barcelona septiembre 2013.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300006

24. Mitre Cotta R, Suárez Varela M, Llopis González A, Cotta Filho J, Real E, Días Ricós J, La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas, Revista Panama Salud Publica 10(1), 2010

<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v10n1/5850.pdf>

25. Proyecto de Grado, Atención domiciliaria en salud realizada por instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá y su relación con la atención primaria en salud, 2013.

<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/12061/1/PinarteSuarezDianalsa2014.pdf>

26. Josep Davins Miralles, Seguridad de los pacientes, Perspectiva del Departamento de Salud de Catalunya, Conferencia de expertos de la SOCMIC 2014.

<http://www.acmcb.es/files/425-10286-DOCUMENT/lilibrece2014.pdf>

27. El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica, principales tendencias en Europa, SIIS centro de documentación y estudios, Noviembre 2012. **Ojo revisar**

http://xarxalocalsad.diba.cat/sites/xarxalocalsad.diba.cat/files/el_servicio_de_ayuda_a_domicilio_en_un_contexto_de_crisis_economica.pdf

28. Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Investigación Sanitaria Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ministerio de Sanidad y Consumo, Visita Domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años, 2002.

http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN_02.pdf

29. Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Investigación Sanitaria Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ministerio de Sanidad y Consumo, Visita Domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años, 2002.

http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN_02.pdf

30. Oliveira S, Kruse M, Sartor S, Echevarría Guanilo M, Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa, Revista Enfermería global. vol.14 no.39 Murcia jul. 2015

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300017

31. Gomez O, Soto A, Arena A, Garzon J, Gonzalez A, Mateus E, Una mirada actual de la Cultura de Seguridad del paciente, Avances en Enfermería, Revista UNAL, 2011

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099>

32. Angles Coll R, Llinas Vidal M, Duero Adrados M, Garcia M, Estrategias para la mejora de la seguridad del paciente en centros sanitarios, Plan de seguridad del paciente y Unidad Funcional para la seguridad del paciente, Conferencia de expertos de la SOCMIC 2014.

<http://www.acmcb.es/files/425-10286-DOCUMENT/llibrece2014.pdf>

33. MEDIGRAPHIC literatura biomedical, revista Cirugia general 2012.

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=36905>

34. Diario Oficial de la Unión Europea, Recomendación del consejo de 9 de junio de 2009

http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

35. Davins J, Oliva G, Álava F, Navarro L, Vallès R, Visión y evolución de la seguridad del paciente en Cataluña, Revista ELSEVIER, Vol 143, Julio 2014..

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-vision-evolucion-seguridad-del-paciente-90334543>

36. Ruiz Molina J, Plan estratégico de seguridad del paciente, SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2012.

<http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadSESCAM20092012.pdf>

37. Ministerio de Salud, Guía de Buenas Prácticas seguridad del paciente, paquetes instruccionales, Guía Técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, 2010.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

38. Ministerio de Salud, Guía de Buenas Prácticas seguridad del paciente, paquetes instruccionales, Guía Técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, 2010

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

39. Gómez altamiranda.info, concepto del medio ambiente, 9 DE MARZO DE 2017.

<http://sgssidanielagomez.blogspot.com.co/2017/>

40. Paul A. Gluck, Seguridad del Paciente Cierta Avance y Numerosos Retos, Series de Especialidad Clínica, Obstetricia Gynecologia 2012
http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012_GluckCES_Translation.pdf

41. SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Plan estratégico de seguridad al paciente, Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida 2009-2012.

<http://docplayer.es/8867012-Deposito-legal-edita-sescam-servicio-de-salud-de-castilla-la-mancha-coordina-area-de-seguridad-del-paciente-y-calidad-percibida-diseno-y.html>

42. Ministerio de la Protección Social, Lineamientos de la Implementación Política de Seguridad de Paciente, 2008

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

43. Ministerio de Protección. La Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura Guía técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, 2016

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Seguridaddelpaciente/LineamientodePol%C3%ADtica.aspx> (Consultado el 20 de octubre de 2016).

44. Díaz-Cordobés R, Ortiz Fernández M, Ruiz San Basilio J, Blancas Avilés M, Torrejón Matías F, Zambrana Moral R, Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados, 2005

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/06.pdf>

45. Hall Ellenbecker C, Samia L, Cushman M, Alster K, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Chapter 13. Editor: Ronda G Hughes, 2008.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/>

46. Esteban J, Ramirez D, Francisco Sanchez F, Guía de buena práctica clínica de atención domiciliaria, Atención Primaria de Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo.

https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf

47. González Ramallo V, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V, Hospitalización a domicilio, Revista Medicina Clínica, Vol, 118. Num 17, Mayo 2002.

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-hospitalizacion-domicilio-13030991>

48. Jimenez Blanco J, Leguizamon Rojas D, Merchan Rojas C, Proyecto de Grado Diseño del plan de negocios de servicios de Atención Domiciliaria para el adulto mayor, Bogotá D.C. 2014.

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15745/JimenezBlancoJohanna2015.pdf?sequence=1>

49. Piñarte Suarez D, Reinoso Martinez N, Proyecto de Grado, Atención Domiciliaria en IPS de Bogotá y Atención Primaria, año 2013.

<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/12061/1/PinarteSuarezDianalsaura2014.pdf>

50. Salem Z, Pérez J, Henning E, Uherek F, Schultz C, Butte J, González P, Heridas. Conceptos generales, Cuad. Cir. 2000.

<http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v14n1/art15.pdf>

51. Servicio Andaluz de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de ulcera por presión 2007.

https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2462/1/PrevencionTratamientoUlcerasPresion_GPC_2007.pdf

52. Hospital universitario Ramon Cajal, Protocolo de cuidados de úlceras vasculares, dirección de enfermería junio 2005.

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185571&ssbinary=true>

53. Del Castillo Tirado R, Fernández López J, Guía de práctica clínica en el pie diabético, Vol. 10 No. 2:1, 2014.

<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>

54. Medina Orjuela A, TRATAMIENTO DEL PIE DIABETICO, Hospital San Jose Bogota, 2016.

<http://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2016/10/12.-Dra.-Adriana-Medina-PIE-DIABETICO.pdf>

55. Santalla A, López-Criado MS, Ruiz M, Fernández-Parra J, Gallo J, Montoya F, Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento, Vol 34 Núm 5. Septiembre 2007.

<http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-infeccion-herida-quirurgica-prevencion-tratamiento-13110137>

56. Yuste Garcia P, Infecciones Quirúrgicas, conceptos y definiciones, 2014.

<http://www.binasss.sa.cr/infeccioncirugia.pdf>

57. Alcaldía de Barranquilla, Identificación del municipio, Plan de desarrollo 2016-2019.

http://www.laboratorios.bogota.unal.edu.co/userfiles/files/manual_bioseguridad%20y%20esterilizacion_abril_2013.pdf

58. Universidad Nacional de Colombia, Guía de clasificación de residuos, decreto 26, año 2000.

<https://www.google.com.co/search?q=Residuos+Infecciosos+o+de+Riesgo+Biol%C3%B3gico+Son+aquellos+que+contienen+microorganismos+pat%C3%B3genos+tales+como+bacterias%2C+par%C3%A1sitos%2C+virus%2C+hongos%2C+virus+oncog%C3%A9nicos+y+recombinantes+como+sus+toxinas%2C+con+el+suficiente=UTF-8>

59. Ministerio de Protección. *Lineamientos Para La Implementación De La Política De Seguridad Del Paciente*. Documento 2008.

<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf> (Consultado el 20 de octubre de 2016)

60. Ministerio de Salud. *Lineamientos Para La Implementación De La Política De Seguridad Del Paciente En Colombia*. Observatorio de calidad de la atención en salud, 2011

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

61. Gala Fernández B, Gutiérrez Suria Maria, Bravo Rodríguez C, Cardero Rivas M, Rodríguez Gómez S, Seguridad del paciente en el entorno domiciliario, prevención de caídas y úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. 2008

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/seguridad_paciente/seguridad_paciente_poster_50.pdf

62. Torra-Bou J, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda J y García-Fernández P, Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente, Gerokomos vol.27 no.4 Barcelona dic. 2016

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007

63. Guimarães Barbosa, J, Nogueira Campos L, Directrices para el tratamiento de úlcera venosa, Revista Enfermería global. no.20 Murcia oct. 2010

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300022

64. Gershon R, MPH, Kristine, Qureshi, R, W Stone P, N Canton A, M Samar S, J Westra L, Advances in Patient Safety, New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment). Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43619/>

65. Resolución Ministerial No 143-2006 de Lima- Perú

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/RM676-2006.pdf>

71. Ministerio de Salud, Ley 1122 del 2007 (Artículo 33), modificaciones del SGSSS

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

72. Acuerdo 029 de 2011 (Artículo 25) de la Comisión de Regulación en Salud – CRES

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45257>

73. Ministerio de Salud, Resolución 2003 de 2014, Habilitación, Colombia

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

74. Suarez Cuba M, Atención integral a Domicilio, Rev. Méd. La Paz v.18 n.2 2012.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010

75. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería-Manejo de Heridas, Procedimientos de Curación

<http://www6.uc.cl/manejoheridas/html/curacion.html>

76. Merino Plaza M, La seguridad del paciente, Un reto para la asistencia, Valencia, abril 2011.

<https://books.google.com.co/books?id>

77. García González F, Gago Fornells M, Chumilla López S, Gaztelu Valdés V, Abordaje de enfermería en heridas de urgencias, Rincón científico, COMUNICACIONES, GEROKOMOS 24 (3): 132-138, 2013;

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300007

78. Delgado Bernal M, Márquez Villarreal H, Rizo Amézquita J, Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

79. Sabio Paz V, Panattieri D, Godio C, Ratto M, Lucrecia Arpí, Nora Dackiewicz, Seguridad del paciente: glosario, Archivo. argentino. pediatria. vol.113 no.5 Buenos Aires ene. 2015

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000500026

80. J Westby M, Gill Norman, Dumville J, Stubbs N, Cullum N, proteasa modulación tratamientos de la matriz para la curación de las úlceras venosas de la pierna, Grupo Cochrane de Heridas, diciembre 2016.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011918.pub2/full>

81. Gobierno de Chile, superintendencia nacional de salud, Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global, Departamento de Estudios y Desarrollo Marzo 2013

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-9005_recurso_1.pdf

19. ANEXOS



ANEXO 1. INSTRUMENTO BUENAS PRÁCTICAS EN LAS CURACIONES DE HERIDAS

EDAD:	SEXO:	M	F	ESTRATO:	1	2	3	4	5
-------	-------	---	---	----------	---	---	---	---	---

	Primaria	Secundaria No terminada	Secundaria	Técnico	Profesional	especializado			
ESCOLARIDAD:	I. PERCEPCION								
						SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	¿El profesional que le brinda el servicio de atención domiciliaria al llegar a su casa le saluda y es amable								
2	¿El personal que le brinda la atención, al realizar el procedimiento se lava las manos o se aplica gel antibacterial (alcohol glicerinado) antes y después de hacerlo?								
3	¿El personal que le presta el servicio se coloca guantes, tapaboca, según corresponda, para la curación de la herida?								
4	¿El personal que le presta el servicio le informa cómo será el proceso para la curación de la herida?								
5	¿El personal facilita le facilita instrucciones sobre los cuidados que debe tener una vez realizada la curación y cubierta la herida?								
6	El personal le brinda instrucciones sobre cómo actuar si la herida queda expuesta al entorno o a sustancias que retrasen el proceso de cicatrización de la herida?								
7	¿Cree usted que el personal que lo atiende cuenta con los conocimientos, destrezas y habilidades para realizar la curación de la herida que presente?								
8	¿El profesional le informa como mantener limpia, seca e hidratada la piel cercana a la herida, para evitar complicaciones de la misma?								
9	¿Usted evidencia que el personal cumple con todas las condiciones de higiene y normas asépticas durante la exposición y manipulación de la herida?								
10	¿Cumple el profesional con las fechas y horarios establecidos para la realización del procedimiento?								
11	¿El profesional le educa sobre cuidados de herida en casa y como contribuir al mejoramiento y pronta recuperación de la integridad de la piel lesionada?								
12	Cree usted que el tiempo y los resultados obtenidos cumplieron sus expectativas iniciales, sobre el proceso de cicatrización y recuperación de la integridad cutánea (piel)?								

INSTRUMENTO INVESTIGACION

El instrumento de la investigación muestra inicialmente las variables socio demográficas de la población: Edad, Sexo, Escolaridad, Estrato Socioeconómico.

Luego cuenta con 13 preguntas realizadas a los pacientes que hicieron parte del estudio las cuales se subdividen en:

Variables de Bioseguridad: Se evalúan el lavado de manos, el uso de elementos de protección personal y eliminación de residuos.

Variable de Calidad de servicio: Buen trato, Información de los procedimientos a realizar, Conocimiento y destrezas del personal en el manejo de heridas.

Variable de Oportunidad de Servicio: Cumplimiento de horario por parte del personal para el manejo de la herida, Educación sobre el manejo y recuperación de la herida.

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con C.C. No _____ manifiesto que voluntariamente, en uso de mis plenas facultades, he decidido responder a la presente encuesta; he sido plenamente informado que los datos que proporcionaré en relación con mi historia clínica y cualquier otro dato sensible será utilizado exclusivamente para fines de investigación académica. He sido informado que los datos consignados en esta encuesta no serán comercializados, distribuidos, comunicados o de cualquier forma usados para fines distintos a los de investigación académica y científica, al tenor de lo establecido en la normatividad vigente.

Por lo anterior expresamente manifiesto que, de conformidad con lo establecido en el literal E. del artículo 6 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, según el cual: "*ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: (...) e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución*". otorgo mi consentimiento para que los datos que proporcione sean utilizados para los propósitos antedichos.

FIRMA _____

ANEXO 3. Descripción de la IPS

El lugar de ubicación de la IPS objeto de este proyecto de grado se encuentra ubicado en la ciudad de Barranquilla al norte de la ciudad, en una avenida principal de la ciudad; el cual presta sus servicios de salud, en atención domiciliaria de medicina general y especializada, manejo de paciente crónico, servicios de fisioterapia y cuidado de enfermería en casa 24h, así como clínica de heridas y tratamientos hospitalarios en el domicilio, en sectores vulnerables al sur de la ciudad como: las nieves, rebolo, la luz, y en diferentes municipios como soledad, malambo y sabana grande.

Misión

Su misión es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar individual y colectivo, de baja y mediana complejidad con enfoques de programas de intervención al riesgo en salud que incluyen acciones de promoción, prevención, anticipación y rehabilitación en modalidades intramural y domiciliario. Cuenta con una infraestructura moderna y un equipo de colaboradores competente, con los cuales trabajan de manera sistemática y continúa para prestar un servicio de alto impacto en salud de manera integral y con calidad, proponiendo por la seguridad del paciente y el respeto a los derechos de nuestros usuarios.

Visión

Se encuentran visionados para ser una institución acreditada, reconocida en el ranking nacional de prestadores de servicios de salud por sus programas de intervención del riesgo, logrando la transformación cultural de cliente interno y externo a un pensamiento basado en riesgo para impactar la salud y la calidad de vida individual y colectiva.

Política de Calidad

Tiene instaurada como política liderar su camino hacia la visión organizacional a través de la gestión estratégica de sus recursos fomentados, fomentando una transformación cultural con enfoque de procesos y pensamientos basados en riesgos, soportados en un sistema de gestión de calidad de una propuesta de valor orientada a mejorar los resultados en salud individual y colectiva y de sostenibilidad para la empresa y el sistema de salud.

La institución garantiza en éxito sostenido de una política de calidad mediante la medición periódica de su desempeño, promoviendo las mejoras prácticas en salud y proponiendo por la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes y partes interesadas.

Recolección de datos y tabulación														*	*			
Análisis e interpretación de los resultados																*	*	
Presentación de la tesis																		*

ANEXO 5. PRESUPUESTO INVESTIGACION

RECURSOS	HORAS/MES	MESES	VALOR UNITARIO	TOTAL
1. Humanos				
-Investigador 1	100	3	\$40.000	\$12.000.000
-Investigador 2	80	3	\$40.000	\$9.600.000
-Asesor de Tesis	8	2	\$80.000	\$1.280.000
2. Equipos y Enceres				
-Papelería		3	\$150.000	\$450.000
-Computador		3	\$215.000	\$645.000
-Impresora		3	\$200.000	\$600.000
3. Físicos				
-Transporte		3	\$200.000	\$600.000
-Alimentación		3	\$60.000	\$180.000
. Conexión Internet	100	3	\$200.000	\$600.000
Total costo				\$25.955.000

ANEXO 6. CARTA SOLICITUD PERMISO

Barranquilla, 20 de Junio 2019.

Señora
Salvador Rada
Gerente
IPS Salud Social
Ciudad

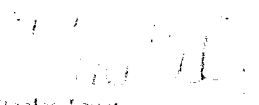
Muy comedidamente nos permitimos solicitarle ventilar la posibilidad de autorizar nos el acceso a su IPS como campo de aplicación de la Ley de Grado de la Maestra en Auditoría en Salud, cuyo tema es Buenas Prácticas de Seguridad del paciente en el manejo de Heridas a nivel domiciliario, se les realizará una encuesta a los pacientes acerca del tema mencionado posterior a la prestación del servicio por parte de los colaboradores de su entidad, y de acuerdo a la evaluación y análisis de la misma quedarán resultados que beneficiarán tanto a la IPS como a nosotros para fines académicos.

La entidad en búsqueda de demostrar la importancia de una adecuada seguridad en el manejo de heridas en pacientes atendidos en el domicilio, para brindar un servicio seguro de alta calidad y que con lleve a su vez a un mayor reconocimiento de la entidad de salud.

Esta evaluación se estará realizando por el tiempo que dure el desarrollo del tema, y de acuerdo a disponibilidad de locales y de los angeles visitantes, estudiantes que estamos a cargo del proyecto mencionado.

Cordialmente


Diana Patricia Díaz Ruiz
C.C. No 1.129.578.731 de Barranquilla


Judith Reales Foyat
C.C. No. 1.129.579.019 de Barranquilla

