



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian, 2020

Moisés Humberto Silvera Fajardo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá D.C., Colombia

2021

Dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian, 2020

Moisés Humberto Silvera Fajardo

Trabajo final presentado como requisito parcial para optar al título de:
**Magíster en Enfermería - Profundización en Terapia enterostomal, heridas e
incontinencias**

Director (a):

PhD. Ana Maritza Gómez Ochoa

Profesora Asociada

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá D.C., Colombia

2021

A Dios por darme la vida, la inteligencia, la fortaleza y el don de cuidar a las personas con heridas.

A mi familia, especialmente a mi madre Fabiola, porque gracias a su esfuerzo y enseñanzas logré educarme y llegar a ser un buen enfermero. A mi esposa Gloria, a mis hijos Jenifer, Diego y Juan Pablo, quienes tuvieron paciencia, me entendieron y me brindaron su apoyo incondicional, gracias a ello lograron darme ánimo una y otra vez para concluir este proyecto.

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. “Reglamento sobre propiedad intelectual” y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido. Adicionalmente, he obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto). Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica definida por la universidad.

Moisés Humberto Silvera Fajardo

20 de enero de 2021.

Agradecimientos

Agradezco inicialmente a mi amigo y colega Fernando Giraldo, quien me motivó a realizar esta maestría y durante todo el tiempo me apoyó incondicionalmente mediante sus enseñanzas en los momentos de cansancio, desolación, angustia y ansiedad, con el fin de poder continuar y culminar con mi trabajo de maestría.

Doy las gracias también a la profesora, colega, amiga y compañera, la Dra. Sandra Guerrero, directora del programa de la maestría, a quien admiro por su dedicación, empatía, conocimiento y buena actitud, valores que me inspiraron día a día en la maestría.

Por supuesto, agradezco a mi directora de tesis, Dra. Ana Maritza Gómez Ochoa, por su apoyo y dedicación durante el desarrollo del presente estudio. Con sus enseñanzas y aportes me orientó para finalizar felizmente este trabajo de investigación.

No puede faltar un profundo agradecimiento a mis compañeros de la maestría, quienes con su juventud, alegría y entusiasmo lograron motivar el logro de esta travesía.

También debo mencionar a mis compañeros de FUNDEPIEL, quienes con su experiencia y conocimiento fueron fuente de inspiración. Incluyo además en estos agradecimientos a todas las personas, familiares, docentes, colegas, amigos y amigas que a lo largo de la vida han aportado para mi crecimiento personal y profesional.

Finalmente, doy gracias a los/las colegas enfermeros/as de Colombia que trabajan en las clínicas de heridas y que colaboraron de una forma desinteresada en el presente trabajo, al igual que a todas las instituciones y equipos de salud ubicados en Colombia que facilitaron información para la elaboración de presente documento.

Resumen

Objetivo: diseñar una propuesta para las clínicas de heridas en Colombia a partir de una revisión de literatura tipo *scoping review*, una caracterización de las clínicas de heridas dedicadas al cuidado de personas con lesiones de la piel en Colombia y las dimensiones de calidad según Donabedian. **Método:** estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con abordaje cualitativo y cuantitativo, desarrollado en tres fases: 1. revisión de literatura del orden *scoping review* (donde se realiza un análisis cualitativo y surgen las categorías de análisis), 2. Caracterización de las clínicas de heridas en Colombia y 3. Diseño de una propuesta bajo las dimensiones interpersonal, técnica y del entorno propuestas por Donabedian a partir de los resultados obtenidos en las fases 1 y 2. **Resultados:** en la fase uno se recopiló 40 artículos, de los cuales se consolidó la evidencia para establecer los requisitos mínimos de una clínica de heridas. Para la fase dos, se aplicó una encuesta sistematizada a partir de la cual se estableció que en Colombia existe un mínimo de 90 clínicas de heridas, de las cuales el 93% están lideradas por una enfermera con mínimo 5 años de experiencia, el 89% trabajan en equipos multidisciplinarios, el 82% es de modalidad intramural, 44% extramural y 20% telemedicina. En la fase tres, se elaboró la propuesta con recomendaciones para el líder experto en cuidado de heridas, teniendo en cuenta la científicidad y los estándares de calidad aplicados a la normatividad legal de salud en Colombia. **Conclusiones:** mediante la aplicación de un ejercicio metodológico, se logró diseñar la propuesta para las clínicas de heridas en Colombia con el fin de aportar al conocimiento en los procesos de mejoramiento continuo de calidad y atención humanizada. Así mismo, se concluye que el profesional de enfermería líder al cuidado de personas con heridas debe tener competencias como cuidado, liderazgo, experticia y toma de decisiones, cualidades necesarias para pasar de la experiencia práctica empírica a la práctica basada en la evidencia (PBE). Al respecto, la literatura respalda que, con equipos transdisciplinarios, se genera conocimiento y se brinda cuidado holístico y centrado en el paciente.

Palabras clave: Caracterización, Dimensiones de calidad, Enfermería, Habilitación, Persona con Heridas, Clínicas de Heridas.

Abstract

Objective: to design a proposal for wound clinics in Colombia based on a scoping review, a characterization of wound clinics dedicated to the care of people with skin lesions in Colombia and the quality dimensions according to Donabedian. **Methods:** a descriptive cross-sectional study, with a qualitative and quantitative approach, developed in three phases: 1. scoping review (where a qualitative analysis is carried out and the analysis categories emerge), 2. Characterization of the wound clinics in Colombia and 3. design of a proposal under the interpersonal, technical and environmental dimensions proposed by Donabedian based on the results obtained in phases 1 and 2. **Results:** in phase one, 40 articles were collected, from these, the evidence was consolidated to establish the minimum requirements of a wound clinic. For phase two, a systematized survey was applied from which it was established that in Colombia there is a minimum of 90 wound clinics, of which 93% are led by a nurse with at least 5 years of experience, 89% work in multidisciplinary teams, 82% are intramural, 44% extramural and 20% telemedicine. In phase three, the proposal was prepared with recommendations for the expert leader in wound care, taking into account the scientificity and quality standards applied to the legal health regulations in Colombia. **Conclusions:** by applying a methodological exercise, it was possible to design the proposal for wound clinics in Colombia in order to contribute to knowledge in the processes of continuous quality improvement and humanized care. Likewise, it is concluded that the leading nursing professional caring for people with injuries must have skills such as care, leadership, expertise and decision-making, qualities necessary to move from empirical practical experience to evidence-based practice (EBP). In this regard, the literature supports that, with transdisciplinary teams, knowledge is generated and holistic and patient-centered care is provided.

Keywords: Characterization, Quality dimensions, Nursing, Habilitation, Person with Wounds, Wound Clinics.

Contenido

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Resumen | XI |
| Contenido | XIII |
| Lista de gráficos | XV |
| Lista de tablas | XVII |
| Lista de símbolos y abreviaturas | XIX |
| Introducción | 1 |
| 1. Marco referencial..... | 3 |
| 1.1 <i>Análisis del contexto.....</i> | 3 |
| 1.1.1 Surgimiento de las clínicas de heridas en Colombia | 3 |
| 1.1.2 Marco legal para el funcionamiento de las clínicas de heridas en Colombia | 5 |
| 1.1.3 Política de calidad..... | 6 |
| 1.2 <i>Planteamiento del problema.....</i> | 7 |
| 1.3 <i>Pregunta de investigación</i> | 9 |
| 1.4 <i>Objetivos.....</i> | 9 |
| 1.4.1 Objetivo general..... | 9 |
| 1.4.2 Objetivos específicos..... | 9 |
| 1.5 <i>Pertinencia</i> | 10 |
| 1.5.1 Pertinencia teórica del proyecto..... | 10 |
| 1.5.2 Pertinencia social del proyecto | 12 |
| 1.5.3 Pertinencia disciplinar | 12 |
| 1.6 <i>Definición de conceptos</i> | 13 |
| 1.6.1 Caracterización..... | 13 |
| 1.6.2 Dimensiones de calidad..... | 13 |
| 1.6.3 Enfermería..... | 13 |
| 1.6.4 Persona con heridas..... | 14 |
| 1.6.5 Consulta de enfermería | 14 |
| 1.6.6 Clínicas de heridas | 15 |
| 2. Marco teórico..... | 17 |
| 2.1 <i>De la noción de calidad a la noción de calidad en la atención sanitaria.....</i> | 17 |
| 2.2 <i>Definiciones de calidad en la atención en salud</i> | 18 |
| 2.3 <i>Aportes de Donabedian a la calidad de la asistencia en salud</i> | 21 |
| 2.4 <i>Modalidad de prestación de servicios de salud en Colombia.....</i> | 23 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3. Marco de diseño..... | 25 |
| 3.1 <i>Diseño del estudio</i> | 25 |
| 3.1.1 Primera fase: revisión de literatura | 26 |
| 3.1.2 Segunda fase: caracterización de las clínicas de heridas..... | 28 |
| 3.1.3 Tercera fase: propuesta | 30 |
| 3.2 <i>Consideraciones éticas</i> | 30 |
| 3.3 <i>Manejo de sesgos</i> | 32 |
| 4. Resultados y discusiones | 36 |
| 4.1 <i>Resultados de primera fase (revisión de literatura)</i> | 36 |
| 4.1.1 Distribución de las publicaciones por bases de datos..... | 37 |
| 4.1.2 Disposición de literatura de acuerdo con el año de publicación..... | 37 |
| 4.1.3 Distribución de las publicaciones según el idioma | 38 |
| 4.1.4 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el diseño metodológico | 39 |
| 4.1.5 Identificación geográfica de artículos de la revisión..... | 40 |
| 4.1.6 Presentación de las publicaciones incluidas..... | 41 |
| 4.1.7 Análisis de las publicaciones según dimensiones de Donabedian..... | 41 |
| 4.1.8 Estándar de calidad para las clínicas de heridas | 53 |
| 4.2 <i>Resultados de segunda fase (caracterización de las clínicas de heridas)</i> | 54 |
| 4.2.1 Resultados generales de la encuesta..... | 55 |
| 4.2.2 Resultados y discusiones según preguntas y dimensiones | 57 |
| 4.2.3 Síntesis de los resultados de la encuesta..... | 78 |
| 4.3 <i>Resultados de tercera fase (propuesta)</i> | 80 |
| 4.4 <i>Discusiones finales</i> | 80 |
| 5. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones | 83 |
| 5.1 <i>Conclusiones</i> | 83 |
| 5.2 <i>Recomendaciones</i> | 85 |
| 5.3 <i>Limitaciones</i> | 86 |
| 5.4 <i>Difusión y socialización de resultados</i> | 87 |
| 6. Referencias | 89 |
| 7. Anexos..... | 95 |
| <i>Anexo 1: Tabla de revisión de artículos</i> | 96 |
| <i>Anexo 2: Encuesta</i> | 107 |
| <i>Anexo 3: Propuesta</i> | 117 |

Lista de gráficos

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 3-1: Diseño del estudio | 255 |
| Gráfico 4-1: Flujograma de decisión en la búsqueda de artículos para la revisión..... | 36 |
| Gráfico 4-2: Distribución de las publicaciones por bases de datos | 37 |
| Gráfico 4-3: Disposición de literatura de acuerdo con el año de publicación | 38 |
| Gráfico 4-4: Publicaciones según el idioma | 39 |
| Gráfico 4-5: Distribución de publicaciones según diseño metodológico | 40 |
| Gráfico 4-6: Identificación geográfica de artículos según su origen | 41 |
| Gráfico 4-7: Análisis cualitativo de las publicaciones | 43 |
| Gráfico 4-8: Competencias interpersonales de los líderes en cuanto al cuidado de personas con heridas | 44 |
| Gráfico 4-9: Competencias técnicas en cuanto al cuidado de personas con heridas..... | 50 |
| Gráfico 4-10: Estándares para las clínicas de heridas según revisión de literatura..... | 54 |
| Gráfico 4-11: Distribución de las clínicas de heridas en Colombia..... | 56 |
| Gráfico 4-12: Resultados de pregunta 1: ¿qué personal de área de la salud atiende al paciente con heridas..... | 61 |
| Gráfico 4-13: Resultados de pregunta 2: ¿la persona que realiza la curación y el cuidado del paciente con heridas tiene experiencia en este campo?..... | 59 |
| Gráfico 4-14: Resultados de pregunta 3: ¿considera que su equipo de trabajo es? | 60 |
| Gráfico 4-15: Resultados de pregunta 5: ¿a qué población va dirigida la atención? | 61 |
| Gráfico 4-16: Resultados de pregunta 16: ¿la institución tiene convenios con instituciones educativas? | 62 |
| Gráfico 4-17: Resultados de pregunta 17: ¿en el año 2019 asistió a alguna capacitación, curso o congreso de heridas? | 62 |
| Gráfico 4-18: Resultados de pregunta 18: ¿pertenece o se encuentra asociado a alguna organización de educación en cuidado de la persona con heridas? | 64 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 4-19: Resultados de pregunta 19: ¿recibe capacitación sobre el cuidado y manejo de las personas con heridas a través de algún medio electrónico?..... | 65 |
| Gráfico 4-20: Resultados de pregunta 20: ¿está interesado en recibir capacitación o aumentar sus conocimientos en el cuidado de las personas con heridas?..... | 65 |
| Gráfico 4-21: Resultados específicos de la pregunta 20 agrupada: ¿está interesado en recibir capacitación o aumentar sus conocimientos en el cuidado de las personas con heridas?..... | 66 |
| Gráfico 4-22: Resultados de pregunta 21: ¿Ha recibido capacitaciones sobre bioseguridad para la atención de pacientes con diagnóstico positivo de COVID-19?..... | 67 |
| Gráfico 4-23: Resultados de pregunta 4: en su consulta o área de trabajo considera que atiende diariamente..... | 68 |
| Gráfico 4-24: Resultados de pregunta 7: la clínica de heridas atiende personas con lesiones por..... | 70 |
| Gráfico 4-25: Resultados de pregunta 12: la modalidad de prestación de los servicios de salud es:..... | 71 |
| Gráfico 4-26: Resultados de pregunta 13: ¿el cuidado de las personas con heridas se realiza con insumos de alta tecnología?..... | 72 |
| Gráfico 4-27: Resultados de pregunta 14: ¿realiza aplicación y cambio de terapia VAC?..... | 72 |
| Gráfico 4-28: Resultados de pregunta 15: ¿la institución cuenta con protocolos y guías de manejo para personas con heridas?..... | 73 |
| Gráfico 4-29: Resultados de pregunta 22: ¿ha recibido capacitaciones sobre bioseguridad para la atención de pacientes con diagnóstico positivo de COVID-19?..... | 74 |
| Gráfico 4-30: Resultados de pregunta 24: elementos de protección personal para minimizar el riesgo de transmisión de COVID-19..... | 75 |
| Gráfico 4-31: Resultados de pregunta 25: ¿cuál o cuáles de las siguientes normas expedidas para garantizar la seguridad del paciente conoce?..... | 76 |
| Gráfico 1-1: Resultados de pregunta 10: ¿en qué año inició labores el consultorio de cuidado de las personas con heridas donde se encuentra laborando actualmente?..... | 77 |
| Gráfico 4-33: Resultados de pregunta 11: la modalidad de prestación de los servicios de salud es..... | 78 |

Lista de tablas

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 3-1: Diccionario de términos para la revisión de literatura..... | 28 |
| Tabla 4-1: Información a gestionar en atención a heridas en centros de salud..... | 48 |

Lista de símbolos y abreviaturas

Abreviaturas

| Abreviatura | Término |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASCECOHE | Asociación Colombiana de Profesionales de Enfermería para la Atención de las Personas Con Heridas Ostromías y el Cuidado de la Integridad Cutánea |
| EPA | Enfermera Práctica Avanzada |
| EPS | Empresas Promotoras de Salud |
| FUNDEPIEL | Fundación Colombiana de Profesionales en el Cuidado de la Piel y las Heridas |
| GACIPH | Grupo Antioqueño para el Cuidado Integral del Paciente con Heridas |
| GNAUUPP | Grupo Nacional para el asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas |
| GPC | Guías de Práctica Clínica |
| GSIAPHO | Grupo Santandereano de Investigación y Asesorías a Personas con Heridas y Ostromías S.A.S |
| IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud |
| MBE | Medicina Basada en la Evidencia |
| NHS | Servicio Nacional de Salud |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PBE | Práctica Basada en la Evidencia |
| REPS | Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud |
| UEI | Úlceras de Extremidad Inferior |
| UPD | Lesiones de Pie Diabético. |
| UPP | Úlceras Por Presión |
| UVP | Úlceras Venosas de la Pierna |
| VAC | Cicatrización Asistida por Vacío |

Introducción

Herida es una pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico y que puede ser aguda, complicada o crónica, derivada de varios factores, tales como quemaduras, traumas, cirugías, enfermedades vasculares, úlceras por presión, patologías, entre muchos otros (1). Las heridas generan deterioro progresivo a las personas y afectan su calidad de vida, ocasionando daños físicos, emocionales y sociales; a la par que generan efectos en los sistemas de salud, dado que a los pacientes se les prolonga su estancia hospitalaria, ya sea por infecciones, dolor o cualquier tipo de complicación que consecuentemente afecta el bienestar del paciente e incrementa los costos de atención (2). Para el cuidado de estas lesiones, se han creado tanto a nivel mundial como en Colombia las unidades o clínicas de heridas, conformadas principalmente por profesionales de enfermería que brindan un cuidado integral a los pacientes, aplicando su conocimiento y experticia para realizar una valoración, diagnóstico de enfermería y plan de cuidado que permita mejorar la calidad de vida de cada una de las personas que requieren atención.

En Colombia, el Ministerio de Educación, a través de la Ley 266 de 1996, se refiere a la enfermería como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad. En específico, el artículo 9 establece puntualmente el deber del profesional de enfermería, centrado en respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte, así como respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica (3). Ahora bien, para el funcionamiento de los servicios de salud, Colombia cuenta con la Política de Seguridad del Paciente, la cual busca definir los lineamientos tendientes a minimizar los riesgos de la atención y garantizar la prestación de servicios más seguros (4); dicha política está basada en la Constitución del 1991, en el Decreto 1011 de 2006, en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 2003 de 2014, donde se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de servicios de salud como

parte del Sistema Único de Habilitación (5). Lo anterior se complementa con lo propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 3100 de 2019, en la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de los servicios de salud (6). Atendiendo estos requerimientos, todos los consultorios, clínicas o unidades de cuidado de heridas deben cumplir a cabalidad con los procesos de habilitación.

En virtud de lo mencionado, este documento da cuenta de las unidades prestadoras de servicio que cumplen con los lineamientos nacionales teniendo en cuenta el modelo actual de atención y la normatividad vigente a partir de una revisión de literatura y una caracterización de estas clínicas en relación con las dimensiones de calidad de Donabedian (7). En este sentido, el presente trabajo se enmarca en seguir cumpliendo con la normatividad colombiana, pero dándole lineamientos a la enfermería y en particular a los profesionales dedicados al cuidado de las personas con heridas. Dichos lineamientos están basados en la evidencia científica, para que a través de su aplicación se garantice una atención segura, de calidad y eficiente.

Como se mencionó, además de los temas normativos y regulatorios, este trabajo estudia los aportes de Donabedian (7), quien define la calidad en enfermería como lograr el mayor beneficio posible de la atención médica con los menores riesgos para el paciente a partir de tres dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la interpersonal, la técnica y la del entorno, dimensiones que resultan fundamentales en la investigación sobre clínicas de heridas, ya que su pertinencia con respecto al soporte para la calidad en la atención de los pacientes, en conjunto con su alineación a los programas de seguridad del paciente (impartidas en la normatividad de habilitación) (7), son componentes esenciales para el desarrollo de la propuesta.

A continuación, se presentará un marco de referencia (que involucra el contexto, el marco legal, el problema y los objetivos), un marco teórico (relacionado con la calidad en la prestación de servicios de salud), el diseño de la investigación (de las tres fases del estudio), los resultados (divididos en las fases de la investigación) y las conclusiones (que incluyen además las recomendaciones y limitaciones).

1. Marco referencial

1.1 Análisis del contexto

A continuación, se presenta el contexto de las clínicas de heridas, particularmente para Colombia, con el fin de tener en cuenta los antecedentes y llevar a cabo las futuras fases de la investigación conociendo el camino recorrido en este escenario. Por ello, se revisará principalmente el surgimiento de las clínicas de heridas en Colombia, el marco legal para su constitución y la política de calidad en salud en Colombia.

1.1.1 Surgimiento de las clínicas de heridas en Colombia

Para iniciar con la revisión histórica del surgimiento de las clínicas de heridas en Colombia, es conveniente realizar una breve revisión de cuidado desde las heridas y los orígenes de su tratamiento. Según los restos encontrados en el Valle de Dussel (Alemania), el hombre de Neandertal, 60.000 años a. C., usó hierbas para tratar las quemaduras. Más adelante, según se evidenció en los papiros 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. Posteriormente, en Grecia, Hipócrates fue el primero en usar vendajes compresivos para el manejo de úlceras venosas con sustancias similares a las que usaban los egipcios (8).

Ya, para la Guerra de Crimea, el gobierno inglés produjo vendajes a base de lino o cáñamo para la curación de las heridas. También es importante mencionar a Florence Nightingale, quien impulsó la atención esmerada de los heridos y el desarrollo de curaciones como parte importante de su cuidado. Más adelante en Europa, con los hallazgos de Louis Pasteur y en conjunto con los estudios de Joseph Lister, se introdujo el uso de vendajes impregnados en ácido carbólico, los cuales propiciaron el surgimiento del procedimiento denominado de cura seca. Durante la Segunda Guerra Mundial y

posterior a esta, se introdujeron vendajes hechos de algodón y gasa, con cubrimiento y absorción limitada para las heridas (8).

Estos avances dieron pie a un cambio de materiales e implementación de nuevas tecnologías de curación, tales como las curas de técnica húmeda, descubierta en 1962 por George Winters, en Inglaterra, quien, con base en los estudios con cerdos, demostró que la cicatrización en ambiente húmedo era mucho mejor y más rápida que en ambiente seco (8).

La técnica húmeda incluye los hidrocoloides (parches) o los apósitos de alginato de calcio (también conocidos como cabello de ángel por los beneficios curativos que le fueron atribuidos) y trajeron consigo la nueva era de las curaciones, pues con la llegada de las casas comerciales especializadas en material de curación húmeda se empezaron a conocer los diferentes apósitos y dispositivos para este tipo de cura.

En Colombia, hacia el año 1988, la enfermera Gladys Eugenia Canabal, siendo profesora de Universidad del Valle en Colombia, viajó a Estados Unidos y adelantó estudios sobre terapia enterostomal en Cleveland y, a su regreso en Colombia, ofreció 11 cursos intensivos entre 1988 y 2007. Posteriormente, a comienzos del siglo XXI, se conocieron los planes piloto de los programas de piel sana, liderados por profesionales de enfermería, médicos, especialistas en dermatología y cirugía plástica, con el propósito de atender los pacientes con heridas. Específicamente, en el año 2000, muchas instituciones de salud dieron inicio al fortalecimiento de los programas de clínicas de heridas, las cuales se fueron convirtiendo progresivamente en consultorios no solo de heridas sino también de ostomías. En adición a ello, las instituciones públicas y privadas instauraron los programas de clínicas de heridas para brindar atención concretamente a las personas que sufrían lesiones específicas u ostomías. En Colombia, las entidades promotoras de salud (EPS) adelantaron la adopción del servicio de curación en las clínicas de heridas como un servicio adicional en sus portafolios, dada la gran demanda de consultas y atendiendo específicamente la necesidad de contar con espacio exclusivo para ofrecer atención a este procedimiento, el cual previamente no existía (9).

Desde las universidades, surgieron iniciativas como la de la Universidad Nacional de Colombia con el ánimo de iniciar un proceso de educación. Al respecto, González Consuegra (10) plantea la gerencia del cuidado, la cual brinda un apoyo integral a la personas y su familias con alteraciones en su piel, dándole especial relevancia a la enfermera, protagonista del éxito en el proceso de salud de las personas objeto de cuidado. También, desde la Universidad del Valle, surgió en 2007 el Programa de especialización en enfermería en cuidado a las personas con heridas y ostomías, el cual se constituyó como el primer programa ofrecido en Colombia relacionado con este campo de conocimiento (11).

Con la aparición y adopción de las nuevas técnicas y sus respectivas tecnologías, los profesionales de la salud mostraron interés por aprender y realizar entrenamientos de curaciones de técnica húmeda, por lo que el conocimiento impartido principalmente por universidades fortaleció de manera trascendental la práctica en el sector de la salud, en especial la de enfermería. Actualmente, las clínicas de heridas se han convertido en grandes centros de cuidado para las personas que padecen diferentes tipos de lesiones y su atención es integral, especializada y holística, no solo para lesiones leves, sino también para heridas de alta complejidad y de difícil manejo. Con estos avances, se ha demostrado una disminución en la tasa de amputaciones por pie diabético, disminución de re intervenciones endovasculares, el número de reingresos hospitalarios y la disminución de la tasa de complicaciones, al igual que reducción de costos, quejas y, sobre todo, ventajas de cicatrización en las personas, lo que redundo en una mejora en la calidad de vida (12).

En la actualidad, en Colombia no se cuenta con el número exacto de clínicas de heridas ni con una caracterización de estas que permita conocer el recurso humano específico que es requerido, la infraestructura y sus distintas especificidades. Por lo tanto, el presente trabajo busca suplir este vacío mediante el diseño de una propuesta teniendo en cuenta las dimensiones de calidad propuestas por Donabedian.

1.1.2 Marco legal para el funcionamiento de las clínicas de heridas en Colombia

En Colombia, de acuerdo con el Decreto 780 de 2016, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud está conformado por cuatro componentes: 1. Sistema Único de Habilitación, 2. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, 3. el Sistema Único de Acreditación y 4. el Sistema de Información para la Calidad (13). Adicionalmente, para garantizar el funcionamiento de los servicios de salud, existe en el país la Política de Seguridad del Paciente, la cual busca definir los lineamientos tendientes a minimizar los riesgos de atención y garantizar servicios más seguros (4). Dicha política se encuentra basada en el siguiente marco legal de Colombia:

- Constitución Política de 1991, Decreto 1011 de 2006 y Decreto 780 de 2016 en lo referente al Sistema de Habilitación, Acreditación y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
- Resolución 2003 de 2014, la cual define los procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de servicios de salud como parte del Sistema Único de Habilitación.
- Resolución 3100 de 2019, en la cual se definen procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de los servicios de salud, a la par que se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Al respecto, en su Artículo 4 señala que “todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, registrando como mínimo una sede y por lo menos un servicio habilitado” (6).

1.1.3 Política de calidad

Frente a prever la calidad en los servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social es el encargado de formular, adoptar, implementar y hacer seguimiento de las políticas, regulaciones, reglamentaciones, planes, programas y proyectos del sector de la salud. En este sentido, este ministerio cuenta con el Sistema de Gestión de la Calidad como una herramienta que permite tanto dirigir como evaluar el desempeño de las

instituciones de salud en términos de calidad y satisfacción social. Mediante este sistema, el compromiso de calidad tiene que ver con:

- Adelantar acciones para el cumplimiento de expectativas y necesidades de los usuarios.
- Ofrecer servicios con calidad, calidez, eficiencia, eficacia y efectividad.
- Entregar respuestas precisas, claras, confiables, efectivas y oportunas que permitan cumplir con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Elevar los niveles de desempeño de los procesos y procedimientos en función del cumplimiento de los requisitos de calidad, oportunidad, legalidad y organizacionales.
- Fortalecer las competencias de los servidores públicos de la entidad.
- Promover una cultura de mejoramiento continuo y la sostenibilidad del sistema (14).

Adicionalmente, se establecieron como objetivos mejorar las condiciones de salud de la población; reducir las brechas de atención del sistema de salud, aumentar el acceso a servicios sanitarios; mejorar la calidad en la atención; recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema; garantizar su sostenibilidad financiera; fortalecer los mecanismos de atención al usuario; mejorar la agilidad del acceso a los trámites de la entidad, implementar mecanismos de evaluación, control y seguimiento sobre los procesos; mejorar las competencias de los servidores públicos a través de capacitación; evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios, y realizar seguimiento y evaluación permanente a la gestión institucional (14).

1.2 Planteamiento del problema

En el transcurso de la vida, los seres humanos se han visto abocados a procurar el cuidado e integridad de su cuerpo. Para ello, en algún momento, han estado obligados a cuidar o a tratar alguna herida de cualquier etiología. En el peor de los casos, dichas heridas surgen mientras se afronta una enfermedad crónica o una cirugía. En general, en estos escenarios, los profesionales de la salud, especialmente en enfermería, están preparados y se forman para tratar estas situaciones.

Actualmente, en el país, los médicos de diversas áreas remiten a sus pacientes a una clínica de heridas como lugar especializado, en donde los profesionales de enfermería se preocupan por brindar un cuidado holístico y en pro de contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida del paciente, lo que disminuye el impacto económico a la institución, al paciente y a su núcleo familiar. Como se ha mencionado anteriormente, en Colombia, el ejercicio de los profesionales de enfermería en la clínica de heridas debe estar enmarcado en la normatividad de habilitación, a fin de garantizar los lineamientos mínimos para ofrecer atención oportuna y de calidad.

Pese a lo anterior, los profesionales de la salud en Colombia aún no cuentan con el conocimiento global que permita conocer cómo y dónde se tratan los pacientes que presentan heridas; es decir, en la actualidad el sistema de salud del país está diseñado para brindar atención al paciente en su urgencia y trata a la persona según su enfermedad de base, pero una vez recuperada la urgencia, se deberá buscar un lugar de remisión para el tratamiento y cuidado de su herida. Además, no se encontró una caracterización para las clínicas de heridas que permita identificar quiénes, cómo y con qué recursos se prestan estos servicios en el país.

Con todo y lo anterior, en Colombia los usuarios que presentan heridas y requieren de una consulta de enfermería especializada están sujetos, dependientes y limitados al sistema de seguridad en salud, tanto en el sistema público como en el privado, lo que hace más complejo su acceso a derechos, ya que en lo efectivo y real se tiene disponibilidad y posibilidad de servicios de calidad dependiendo de la capacidad adquisitiva. En otras palabras, el acceso a salud está supeditado a la capacidad de pago que se tenga para acceder al derecho.

Ahora bien, la crisis en la salud es visible toda vez que los procesos administrativos suelen ser confusos y demorados. Por ejemplo, algunos prestadores de servicios niegan la entrega de insumos, al igual que hay dificultades en la asignación de citas y tramitología en la remisión a especialistas, lo que incide en el deterioro de salud de los pacientes, ocasionando reprocesos, reingresos hospitalarios y por ende aumento de gastos del sistema. Por ello, no se puede desconocer la profunda dificultad que enfrenta

el sistema de salud, especialmente por escenarios de corrupción, burocracia y barreras de acceso en la atención.

Al respecto, Cano et al. (15) plantean en su estudio que la calidad en salud, según los usuarios, consiste en que las instituciones prestadoras de servicios los traten de forma humanizada, a tiempo y den solución al problema. Por su parte, Donabedian, citado por Net (16), propuso que calidad en la atención es aquella que proporciona al usuario el máximo y más completo bienestar luego de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. Entretanto, el Decreto 2309 de 2002 del Ministerio de Salud de Colombia anota que calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles con el ánimo de lograr la adhesión y la satisfacción del usuario (17).

Dada la pertinencia del presente trabajo, se puede observar que las clínicas de heridas en Colombia deben ofrecer un servicio de salud con una cultura de cuidado seguro, integral, de calidad, oportunidad y eficiencia, a unos costos razonables, propendiendo y priorizando en todo momento el trato humanizado y ajustado a los estándares nacionales e internacionales.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las dimensiones de calidad que caracterizan los consultorios de enfermería dedicados al cuidado de personas con heridas en Colombia?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Diseñar una propuesta para las clínicas de heridas en Colombia con el fin de aportar al conocimiento en los procesos de mejoramiento continuo calidad y atención humanizada, a partir de una revisión de literatura tipo *scoping review*, una caracterización de las clínicas de heridas dedicadas al cuidado de personas con lesiones de la piel y las dimensiones de calidad según Donabedian.

1.4.2 Objetivos específicos

- Realizar una revisión tipo *scoping review* de la literatura para identificar las dimensiones de calidad a nivel mundial de las clínicas de heridas que aporten teoría para el diseño de la propuesta.
- Caracterizar, a partir de descripción y análisis, las clínicas de heridas en Colombia para conocer su funcionamiento y poder diseñar la propuesta que aporte en los procesos de calidad.
- Relacionar la revisión de literatura y la caracterización de las clínicas de heridas en Colombia con las dimensiones de calidad de Donabedian, con el ánimo de desarrollar la propuesta que permita aportar al conocimiento en los procesos de mejoramiento continuo de calidad y atención humanizada.

1.5 Pertinencia

1.5.1 Pertinencia teórica del proyecto

La pertinencia teórica de esta investigación está dada por la revisión de literatura, la cual se realizó con fuentes actualizadas hasta junio de 2020, con datos reales y confiables que posibilitan la toma de decisiones frente a la prestación de los servicios. Adicionalmente, debido a la carencia de estándares de calidad para clínicas de heridas en Colombia, a partir de la caracterización se espera recopilar evidencia suficiente para la competencia y criterios de calidad requeridos en la prestación de los servicios, de manera que sea esta la base para las instituciones de salud, universidades y centros reguladores del sistema de salud, en términos de referencia para que se conozcan las necesidades de educación en el cuidado, promoción, prevención y el tratamiento de las lesiones de la piel.

Esta pertinencia se justifica desde la diversidad de servicios que prestan atención en salud a personas con heridas. Así lo soporta González de la Torre (18), quien afirma que la creación de unidades clínicas especializadas para el cuidado con heridas está compuesta por profesionales de diferentes disciplinas que se organizan a través de enfoques interdisciplinarios-transdisciplinarios. Ahora bien, dentro de las principales conclusiones de la tesis doctoral de González de la Torre, se destaca que en España las

unidades de heridas son heterogéneas y con poca uniformidad, al igual que menciona que son pocas las unidades para el país vasco y estas atienden múltiples servicios, además de que se orientan a brindar un tratamiento a un tipo concreto de heridas, lo que denota un estudio descriptivo de las clínicas de este tipo (18).

Por otro lado, el Grupo Nacional para el Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas (GNAUUPP) publicó el Primer censo de unidades de heridas crónicas en España (19), en el cual se concluye que son 42 unidades de atención en el territorio que están disgregadas por todo el país, y que, mientras algunas tienden a desaparecer, en otros lugares se tiende al crecimiento de estas. Además, su estructura está sujeta a continuos cambios. Para el presente estudio, llama la atención que un país desarrollado y que está a la vanguardia de los países europeos como lo es España no refleje una caracterización de las unidades de clínicas de heridas, lo que permite evaluar acerca de la importancia de realizar la primera caracterización de los consultorios de enfermería al cuidado de personas con heridas en Colombia.

Sobre esto último, Zapata Pulgarín (12) analiza mediante dos revisiones sistemáticas, clínica y económica, los beneficios de las clínicas de heridas con enfoques multidisciplinarios acerca del tratamiento de las heridas crónicas. Así, concluye que la implementación de clínicas de heridas con un equipo multidisciplinario para el tratamiento del pie diabético y lesiones por presión trae óptimos resultados clínicos y económicos al dar una mayor tasa de curación, pues reduce el número de amputaciones, disminuye la estancia intrahospitalaria, baja los reingresos, mejora la calidad de vida y ahorra costos con respecto al tratamiento (12). Adicional a lo anterior, Zapata Pulgarín encuentra que la composición del personal más frecuente en un equipo de profesionales en todas sus especialidades en la gestión de heridas está representada por enfermeras 29%, cirujanos 17%, médicos 15%, podólogos 9%, de rehabilitación 14%, nutricionistas 5%, de ciencias sociales 3%, administrativos 7%, y pacientes o familiares 1% (12).

En otras palabras, los aportes de Zapata Pulgarín ratifican que una de las características de los consultorios de atención de personas con heridas en pie diabético y en lesiones por presión es la de ser multidisciplinaria. Esto, por supuesto, orienta el presente trabajo por medio de la caracterización, ya que a través de ella se puede tener en cuenta si las clínicas de heridas son o no de índole multidisciplinar o si únicamente se están

dedicando al cuidado o a un procedimiento particular, partiendo de la base de que el ser es íntegro y que debe ser tratado desde su parte mental, física e incluso espiritual. Todo esto, en Colombia, aún no se ha descrito y es a donde se pretende llegar.

Por ende, el presente estudio procura ser entonces un insumo para determinar, primero, el nivel de calidad que se está ofreciendo a las personas que requieren los servicios de las clínicas de heridas y, segundo, ser un medio facilitador para comprender los estándares que permitan medir la eficacia y la eficiencia en la recuperación de las personas con heridas. Esto se soporta a partir de la *scoping review* y en evidencias como las de Zapata Pulgarín, quien en su revisión sistemática concluye que:

“La intervención del personal especializado en clínicas de heridas influye directamente en la eficacia del tratamiento y curación [...]. Un equipo multidisciplinario aumenta significativamente la curación de estas, además reduce su gravedad y todo lo asociado, como el dolor y las curaciones diarias que requiere la herida en comparación con los tratamientos de personas no gestionados por un equipo de cuidado de heridas” (12, p. 55).

1.5.2 Pertinencia social del proyecto

La revisión de la literatura de tipo *scoping review* y la caracterización de las clínicas de heridas permitió al autor obtener información actualizada, detallada y real, que facilitó la ampliación del marco conceptual para diseñar una propuesta con las dimensiones de calidad propuestas por Donabedian para las clínicas de heridas, de tal forma que estas se conviertan en la base para mejorar los estándares de calidad y ,en consecuencia, se brinde atención segura al paciente bajo parámetros adecuados de buenas prácticas de efectividad y eficiencia.

1.5.3 Pertinencia disciplinar

El presente estudio busca aportar en la ampliación de los diagnósticos del campo de la enfermería frente al cuidado del paciente con heridas, a partir del reconocimiento en los procesos y procedimientos administrativos, científicos y clínicos en cada una de las instituciones. También, se espera generar diálogos y sinergias con el equipo de salud

comprometido en el cuidado de las personas con lesiones de piel, toda vez que se espera ampliar la red de conocimientos, fortalecer la investigación y la atención clínica de las personas con heridas, teniendo en cuenta la poca información que se encuentra en la actualidad y el desconocimiento de cómo están operando las clínicas de heridas. Así mismo, este aporte permitirá, mediante la propuesta, describir las competencias de los líderes y dejar la base del conocimiento para la disciplina, la cual está en continuo desarrollo científico, lo que a la vez permitirá en un futuro, no muy lejano, tener los insumos y las guías de manejo basadas en la evidencia para el cuidado de las personas que sufren a causa de diversas heridas en Colombia.

1.6 Definición de conceptos

1.6.1 Caracterización

Para este estudio, la caracterización representa un diagnóstico que muestra panorámicamente la situación actual de los consultorios que suministran servicios de atención de heridas de manera especializada y habilitada en el país, lo que apunta a la mejora de la gestión administrativa y operativa de los procesos de cada institución. Así, se entiende por caracterizar el determinar atributos, es decir, definir cómo está estructurada la institución a nivel de especialidad, establecer el tipo de asistencia (intra mural o extramural y telemedicina, según la modalidad de prestación de servicio de salud), clasificar el talento humano, georreferenciar la unidad operativa, identificar la razón social a la que pertenece, especificar la población objeto de la atención, describir tipo de lesiones, conocer protocolos y guías de manejo, insumos utilizados (si son de alta tecnología, por ejemplo), y si la institución realiza actualización continua.

1.6.2 Dimensiones de calidad

La atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención (20). Ahora bien, según Avedis Donabedian, dichos componentes están relacionados con la estructura, proceso y resultado, y son sus indicadores los que permiten estimar tanto la calidad de la atención brindada como la posible mejora de los servicios de salud (21).

1.6.3 Enfermería

La Ley 911 de 2004, en su artículo 3, señala que el acto de cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, a partir de teorías y tecnologías propias basadas en conocimientos actuales de diversas disciplinas. Dicho cuidado se logra mediante la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado, familia o grupo social, en distintas etapas de la vida, situación de salud o entorno (22). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud indica que la enfermería abarca la atención autónoma a personas de todas las edades, familias y comunidades, enfermas o no, y en todas circunstancias. Esta práctica incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (23). Todo lo anterior implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

1.6.4 Persona con heridas

Las heridas se entienden como toda interrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales, ya sea aguda o crónica. Una herida aguda es aquella que tiene un tiempo de evolución menor de 30 días y sigue un proceso de reparación ordenado, mientras que una herida crónica es aquella que no sigue un proceso de reparación normal y se estanca en alguna fase de la cicatrización sin que se restaure la integridad anatómica ni funcional del tejido lesionado (8). Para este estudio, una persona con heridas es un individuo que presenta daño en el cuerpo como resultado (directo o indirecto) de una fuerza externa, ya sea afectando o no la continuidad estructural de alguna parte del cuerpo. Este individuo, a su vez, por sus condiciones de salud, puede presentar lesiones tisulares crónicas, tales como las úlceras por presión (UPP), las úlceras de extremidad inferior (UEI), las lesiones de pie diabético (UPD), heridas postquirúrgicas, lesiones asociadas a la humedad, quemaduras, lesiones tumorales, entre otras. Por su evolución, tales heridas pueden hacerse más complejas o de difícil cicatrización (definidas en inglés como *hard to heal wounds*).

1.6.5 Consulta de enfermería

La consulta de enfermería se define como un servicio técnico, científico, libre y autónomo otorgado por profesionales de enfermería, ya sea en el ámbito público o privado, dentro y fuera de los hospitales y en todos los niveles de atención sanitaria. El propósito de la consulta es, a fin de cuentas, promover, habilitar, incluir, prevenir, detectar o resolver necesidades y problemas de salud del individuo, familia o comunidad en todas las etapas de la vida (24). En este sentido, la Resolución 2003 de 2014 dicta al respecto que la consulta de enfermería se constituye como un área limpia, no necesariamente delimitada con barrera física, ubicada en consultorios de enfermería, de terapias, de medicina general o de medicina especializada, y dispuesta para llevar a cabo procedimientos menores (5).

1.6.6 Clínicas de heridas

Contreras (25) define las clínicas de heridas como unidades multidisciplinarias que se encargan del manejo, tratamiento, prevención, educación y rehabilitación de los pacientes con cualquier tipo de herida crónica o de difícil cicatrización. Dichas clínicas deben estar lideradas por especialistas; algunas instituciones prestadoras de servicios de salud cuentan con este servicio, el cual ha demostrado sus beneficios al lograr el cierre de las lesiones (12).

Para efectos del presente trabajo, se deja claro que en Colombia la prestación de los servicios de cuidado de personas con heridas se realiza según la modalidad que prescribe la Resolución 3100 de 2019 (6), que señala que dicho servicio se ofrece de forma mural (hospitalizados y consulta externa), extramural (domicilios) o mediante telemedicina. Asimismo, los consultorios de enfermería cumplen con la normatividad estipulada en la Resolución 2003 de 2014 (5), aunque a nivel cultural y de la práctica estos servicios son llamados clínicas de heridas.

2. Marco teórico

2.1 De la noción de calidad a la noción de calidad en la atención sanitaria

Como se ha visto, el objetivo final del presente proyecto es diseñar una propuesta con las dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia, de tal forma que se contribuya a mejorar los procesos de atención. Por ello, vale la pena revisar el término de calidad en salud desde sus inicios, teniendo en cuenta que es una noción que ha venido transformándose con el tiempo.

De acuerdo con Alatrística-Gutiérrez (26), en principio, la definición de calidad no es propia de la salud. Uno de los puntos de partida del concepto puede ubicarse en 1924, específicamente en Estados Unidos, tiempo en el cual Walter Shewhart definió calidad como un problema de variación que podía ser prevenido eliminando a tiempo de las causas que lo provocaban (27). Posteriormente, en los años 50, Edward Deming viajó a Japón y enseñó el control estadístico de los procesos en el que se incluía el ciclo de Shewhart, de ello derivó la filosofía de la calidad, la cual se centra en trabajar en un proceso denominado reacción en cadena. Más adelante, aparece Joseph Juran, quien crea la trilogía de la calidad planificación-control-mejoramiento, y Kaoru Ishikawa, quien creó el círculo de la calidad como concepto centrado en los clientes (28). Más adelante, Crosby, en Estados Unidos, resumió la calidad como cumplir con los requisitos del cliente y centró el sistema de la calidad en la prevención, en cometer cero errores como estándar de desempeño y en el precio del cumplimiento como medición. Luego, Kiazen, japonés, aportó en virtud del mejoramiento continuo, para lo cual propuso definir a los clientes, conocer sus necesidades y realizar un monitoreo continuo de la satisfacción (26).

Para 1982, empieza a hacerse reconocido el nombre del profesor Avedis Donabedian (nacido en Beirut, de origen armenio y establecido en Jerusalén), considerado el padre de la calidad en salud. Sus aportes en el campo de salud pública representaron un cambio en esta área, gracias a que imprimió su personalidad en cada trabajo (fue un riguroso analista, políglota, y altruista). Debido a la guerra, terminó trabajando en Estados Unidos, (Harvard y Michigan), donde desarrolló toda su carrera en la Escuela de Salud Pública y dejó grandes aportes conceptuales, como lo es la famosa clasificación de los métodos de calidad (estructura-proceso-resultado), el cual surgió a partir del análisis de los trabajos publicados (29). Donabedian publicó más de 20 libros y 100 artículos. Su obra más importante, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* fue traducida a varias lenguas y recibió numerosos reconocimientos. En su nombre existen instituciones encargadas de continuar con su labor, tales como la Fundación Avedis Donabedian en Barcelona y Argentina y las bibliotecas Donabedian en Ancona (Italia) y Jerusalén (29).

2.2 Definiciones de calidad en la atención en salud

Como se ha mencionado, el concepto de calidad en la atención médica, según Donabedian, es “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes” (30, p. 173). Asimismo, para 1982, define la calidad de atención en los servicios de salud como “el enfoque de analizar la estructura, los procesos y los resultados como método para evaluar la calidad de atención guardando una estrecha relación con la teoría de sistemas” (26). Otra definición, similar a la primera, parte de entender la calidad como lograr los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, mediante interpretaciones basadas en dimensiones interrelacionadas e interdependientes, como lo son la dimensión *técnica*, la *interpersonal* y las de comodidades o del *entorno* (7).

Estas tres dimensiones (técnica, interpersonal y del entorno) pueden emplearse en el presente estudio, haciendo la aclaración de que estas son aplicadas principalmente para servicios de atención en salud. En este sentido, frente a la *dimensión técnica*, esta puede referirse a la normatividad, aplicación de protocolos y guías de tratamientos para el manejo de las heridas con la técnica húmeda y empleando insumos de alta tecnología.

Frente a la *dimensión interpersonal*, está dada por el nivel de educación, experticia, y educación continua de los profesionales de enfermería que atienden los pacientes con heridas. Por su parte, la *dimensión del entorno* tiene que ver con el recurso físico de infraestructura de acuerdo con la forma de prestación del servicio de salud, el cual puede ser intramural, extramural o telemedicina.

Como se observa, estos componentes están centrados en el usuario. Por ello, para el presente estudio, se toma la base teórica de Donabedian y se describe para cada uno de los componentes que se involucran en la atención de los pacientes de las clínicas de heridas. Así mismo, las dimensiones de calidad son una herramienta que permitirá ser la guía para la creación de la propuesta de calidad de la atención de este tipo de servicio. Para Donabedian la atención se fundamenta en la calidad y se esperaría que para las clínicas de heridas sea igual, sin olvidar que también prima la atención humanizada, con líderes actualizados, con recurso físico adecuado y con insumos de alta tecnología.

Si bien la definición de Donabedian es la que se toma para este estudio, vale la pena destacar algunas otras relacionadas con el concepto de calidad en la atención en salud. En primer lugar, la Real Academia de la Lengua Española (RAE) define calidad como un “conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie” (31). De forma similar, la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC) define la calidad como el conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente (30).

Ya en el campo de la salud, la OMS define como una atención sanitaria de alta calidad la que identifica las necesidades de salud de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y efectiva dentro de lo posible (32). Por su parte, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, JCAHCO*) define la calidad de la atención en pocas palabras: “Hacer las cosas correctas y hacerlas bien” (21, p. 174). Entretanto, el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos define la calidad de la atención como el grado en el que los servicios sanitarios aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con los conocimientos científicos actuales (30).

Al respecto, la OMS definió los conceptos básicos de calidad al declarar que la atención debe ser eficaz, eficiente, accesible, aceptable, centrada en el paciente, equitativa y segura (33). Asimismo, durante el último decenio, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) destacó tres dimensiones de la calidad en salud (eficacia, seguridad y centrada en el paciente).

Ahora bien, según el Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad (34), actualmente no existe una definición universal de calidad, aunque sí una interpretación de los conceptos básicos y sus dimensiones. Así, se destaca en el manual un recuadro sobre definición de una atención de salud de calidad, reconociendo que debería ser eficaz (prestando servicios de salud basados en datos probados), segura (evitando causar daños a los pacientes), oportuna (reduciendo los periodos de espera y retrasos perjudiciales), equitativa (dispensando atención sin variar la calidad en función de edad, género, religión, recursos económicos, etc.), integrada (poniendo a disposición toda la gama de servicios de salud necesarios) y eficiente (aprovechando al máximo los recursos y evitando derrocharlos) (35).

De todas estas definiciones, se puede concluir que un servicio como el de clínica de heridas no es concebible sin aplicar el concepto de calidad y este no se puede reducir, en Colombia, a un cumplimiento de normas como la Resolución 3100 de 2019 (en la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de los prestadores de servicios de salud), sino que también se deben incluir las políticas actuales de calidad que disponga el Ministerio de Salud.

Cabe aclarar que, como añadido, en el campo de la atención de las personas con heridas, el presente estudio busca aplicar las dimensiones de calidad de Donabedian, por estar de centradas en el paciente, mediante sus dimensiones interrelacionadas e interdependientes ya mencionadas (técnica, interpersonal y comodidades o del entorno). Esto permitirá direccionar esfuerzos hacia la conformación de servicios con calidad que repercutan en la recuperación de la salud, con el menor riesgo posible de complicaciones, y con una mejor relación costo-beneficio, gracias a la elaboración de una

propuesta centrada en brindar mayor oportunidad en la atención, mayor productividad, insumos de la más alta tecnología posible y mayor satisfacción del paciente.

2.3 Aportes de Donabedian a la calidad de la asistencia en salud

Donabedian tenía claro que la perspectiva de la calidad incidía en la práctica clínica. En una entrevista, le preguntaron sobre los aspectos importantes a desarrollar en el futuro y respondió que recomendaba profundizar en la efectividad de los programas de calidad y su organización, comparando los resultados de los diferentes tipos de programas de mejora de la calidad y su incidencia en la práctica clínica (36). Así mismo, recomendó mejorar los conocimientos sobre el cambio organizativo y los métodos para incidir en el comportamiento de los profesionales, afirmación que se reconoce en los hallazgos de literatura, los cuales destacan que las clínicas de heridas se componen de equipos multi o interdisciplinarios y el trabajo está centrado en el cuidado del paciente (36). Estas premisas resultan claves y coinciden con el desarrollo del presente estudio, si se tiene en cuenta que se busca indagar cómo están funcionando las clínicas de heridas en Colombia para llevar a cabo la propuesta de calidad.

Donabedian también menciona:

“Otro aspecto que me parece importantísimo es generalizar una visión más global de los temas de calidad que esté básicamente enfocada a los temas de preferencia del paciente, pero que integre la valoración de la sociedad frente a los valores personales del paciente, armonice los temas de proceso y resultado, integre los diferentes ámbitos de atención...” (28, p. S8).

Esta respuesta es coherente con los objetivos del presente trabajo (una revisión de literatura del orden *scoping review*, caracterización de las clínicas de heridas en Colombia y el diseño de una propuesta bajo las dimensiones de calidad de Donabedian) y centra las recomendaciones en brindar una atención holística e interdisciplinaria, en la que cada campo de estudio dé sus recomendaciones de cuidado para mejorar la salud del paciente y a partir de sus necesidades.

A través de sus aportes, el autor en cuestión, permite reconocer los métodos utilizados para estimar el grado de calidad de la asistencia sanitaria. Así, establece cómo será el método y el enfoque para la evaluación de las dimensiones y de los criterios que se elijan. En este sentido, señala que, en cuanto a la estructura, aunque pueda abarcar procesos administrativos de distinta índole, la evaluación se basaría en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa, etc. (37). Este es uno de los aportes que decantan en el presente trabajo, ya que, si bien están las organizaciones, no se conoce el nivel de educación de los líderes de las clínicas de heridas, el tipo de tecnología que se está empleando e incluso la complejidad de los mismos pacientes.

Del mismo modo, Donabedian aclara que el análisis del proceso y su resultado no implica separar los medios de los fines, sino que, en cambio, es ciclo compuesto por una cadena de medios seguida de fines intermedios que, a su vez, son medios para otros fines (37). Esto permite establecer una de las primeras definiciones del proceso asistencial como un proceso continuo. En otras palabras, la atención de un paciente que en este caso presenta una herida es una cadena que no se puede interrumpir: si bien prima el cierre de su herida, también hay problemas sociales, culturales, económicos, enfermedades subyacentes, sistema de servicios de atención y múltiples áreas de la medicina que hacen parte de un todo que requiere de una atención con calidad, oportunidad y eficiencia, que finalmente logre encaminar al paciente a recuperar su calidad de vida y de ser posible un retorno a una vida familiar laboral y social.

Otro aporte del autor, en función de la calidad en salud, tiene que ver con las implicaciones, específicamente en virtud de tres factores: el fenómeno objeto de interés, los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio y los criterios y las normas que ubiquen a cada atributo en una escala de lo mejor posible a lo peor (37).

En relación con la atención del paciente con una herida, para el primer factor el objeto de interés es un paciente con una herida que requiere mejorar su estado de salud y que busca el cierre de la herida. El segundo factor es toda la clínica del paciente, los antecedentes médicos, si es una herida de buen pronóstico o es de cuidado paliativo, si es crónica, la edad y en general todos los antecedentes que permitan al líder de la clínica

de heridas realizar tanto un buen diagnóstico como un plan de cuidado a partir de la experiencia, la experticia y el conocimiento de los profesionales, lo que en el mejor de los casos permitirá una recuperación, una mejor calidad de vida y el cierre definitivo de las heridas. El tercer factor tiene que ver con la posibilidad de acceso que tiene el paciente para recibir el servicio, como lo es el tipo de servicio de salud, si este cubre o no los insumos para el tratamiento, la calidad de estos y su posibilidad económica. Especialmente, este último aspecto también resulta relevante: a mayores recursos, mejor puede ser la atención.

Según la definición de calidad de Donabedian, el médico, que en este caso sería más bien el líder de cuidado de las personas con heridas, tendría la obligación de informar al paciente y a su familia de los riesgos, beneficios y costos, con el fin de tomar una decisión conjunta sobre el procedimiento y las posibilidades de detenerlo (37). A partir de dichas consideraciones, las decisiones pueden ser diversas; no obstante, el cuidado de las personas con heridas, es liderado por enfermería que supone un trabajo inter y transdisciplinario. Siempre en busca de mantener los más altos estándares de calidad; Cabe recalcar que, para un cuidado de calidad, los costos no se deben escatimar, dado que la calidad y el bienestar que siente la persona no tiene valor económico, sino que se asocia más al beneficio, como lo puede ser el bienestar y el confort de la persona.

2.4 Modalidad de prestación de servicios de salud en Colombia

Para hablar de calidad de la atención en salud, también es fundamental tener en cuenta la modalidad de prestación de este servicio en determinado contexto. Si bien en el marco referencial del presente documento se ha adelantado un poco esta información, resulta necesario referirse ahora a la forma de prestar un servicio de salud y sus condiciones particulares respectivas especialmente en Colombia, la cual, según la Resolución 3100 de 2019, puede ser intramural, extramural, o telemedicina (6).

Así, la prestación del servicio de salud en modalidad *intramural* se define a partir de los ambientes, áreas o salas de procedimiento clínico-hospitalario, ubicadas dentro de una institución de salud, donde los pacientes asisten a consultas médicas o procedimientos

ambulatorios, y donde se pueden encontrar servicios como consulta externa especializada, vacunación, procedimientos ambulatorios (como curaciones), seguridad y salud en el trabajo entre otros. Estos servicios cuentan con un profesional de salud de acuerdo con el servicio ofrecido, tanto médico como enfermero. En esta modalidad, se debe contar con un consultorio físico que reúna los criterios mínimos.

En cuanto a la prestación del servicio *extramural*, este se refiere a la atención que se brinda a pacientes en áreas domiciliarias, llegando al hogar del paciente en una unidad móvil que cumple con todos los criterios de habilitación en salud. En esta unidad se movilizan profesionales de salud idóneos para atender las necesidades del servicio ofertado. Si el procedimiento es de curación a domicilio, el personal de salud debe acudir al lugar donde esté el paciente con los insumos y dispositivos médicos necesarios para brindar un servicio de calidad. En esta categoría, se pueden involucrar además las actividades de salud como vacunación, donación de sangre o jornadas de salud.

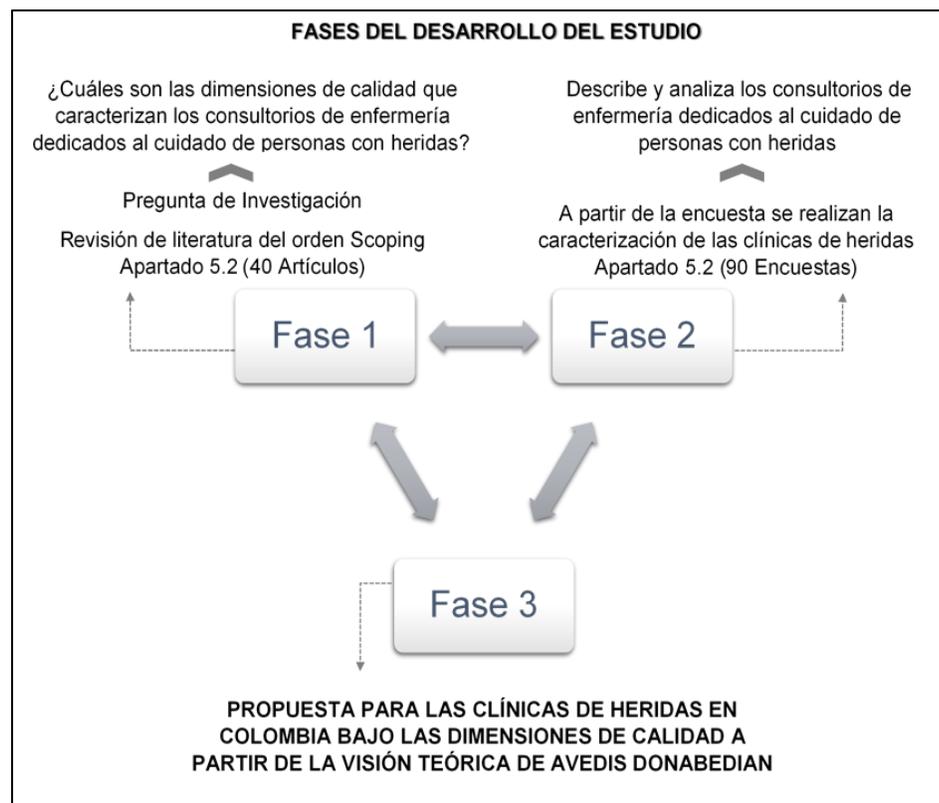
Finalmente, en cuanto a telemedicina, esta modalidad precisa la provisión de servicios de salud a distancia en términos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Estos servicios pueden ser brindados por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación a fin de intercambiar datos y facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta o de acceso (39). Adicional a lo anterior, Colombia cuenta además con dos normas que reglamentan la telemedicina y que, al ser interdisciplinaria, el especialista en enfermería se encuentra bajo su cobertura. Dichas normas son el *Nuevo Marco Reglamentario para la Tele salud en Colombia* (40) y la Resolución 2654 de 2019 (donde se establecen las disposiciones para la práctica de la telemedicina en el país (39)).

3. Marco de diseño

3.1 Diseño del estudio

El presente es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo que, para dar cumplimiento al objetivo general, se implementó un ejercicio metodológico que se adelantó en tres fases: revisión de literatura, caracterización de clínica de heridas en Colombia y propuesta (Gráfico 3-1).

Gráfico 3-1: Diseño del estudio



Fuente: elaboración propia.

3.1.1 Primera fase: revisión de literatura

La revisión de literatura fue de tipo *scoping review*. Estos textos posibilitan a quien desarrolla el estudio una perspectiva generalizada de diversos campos, pues permiten observar una cantidad ilimitada de estudios, artículos, investigaciones, revisiones y métodos, lo que los hace tolerantes y abiertos en términos de diseño, caracterización y conceptos deseables de quien los realice.

No obstante, estas características se encuentran en debate, puesto que dicha amplitud da cabida a diferentes tipos de riesgos o sesgos, lo que generaría de una u otra manera un déficit en términos de calidad y aseguramiento de la información. El objetivo de las revisiones tipo *scoping review* es entonces realizar un mapeo del conocimiento para indagar sobre el alcance de determinado conocimiento en determinado campo. Para tales fines, la guía de Arksey y O'Malley es la más conocida para llevar a cabo este tipo de revisiones (41).

En perspectiva, la *scoping review* del presente trabajo permitirá obtener una visión general a nivel mundial de las dimensiones de calidad para clínicas de heridas y permitirá determinar su importancia, beneficios, modelos de atención, prácticas de atención segura, costos y resultados, datos que pueden reflejar la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren lesiones de piel. La *scoping review* se desarrolló a partir de la siguiente pregunta **PICO**:

- ¿Cuáles son las dimensiones de calidad que caracterizan los consultorios de enfermería dedicados al cuidado de personas con heridas?
- **P**: Estudios primarios o secundarios que evalúen las clínicas de heridas.
 - **I**: Consultorios de enfermería dedicados al cuidado de personas con heridas.
 - **C**: Categorización cualitativa de los estudios encontrados a partir de las dimensiones de calidad planteadas por Donabedian en correlación con las clínicas de heridas en Colombia.
 - **O**: Perfil profesional, competencias, técnica de curación, población objetivo, habilitación, experticia y nivel de complejidad.

Posterior a la búsqueda de la literatura, se llevó a cabo un análisis de contenido de estos textos, de modo que sea posible vislumbrar categorías relacionadas con las dimensiones de calidad descritas por Donabedian.

Dentro de los criterios de inclusión, se incluyeron artículos de hasta 5 años de antigüedad (2015 a 2020); que estuvieran en el campo de la salud (solo en humanos); que fueran de cualquier idioma o país (si eran de Colombia, no importaba el año de antigüedad dado el valor para el estudio); que en el resumen se encontraran palabras clave como caracterización, dimensiones de calidad, enfermería, habilitación, persona con heridas, clínicas de heridas, y que en la lectura fueran relevantes para la caracterización.

Por su parte, para los criterios de exclusión, no se tuvieron en cuenta los artículos que no fueran publicados en revistas indexadas en las bases de datos seleccionadas, que no tuvieran disponible su resumen o que fueran de pago, duplicados, que no evidenciaran efectividad ni aplicabilidad para el estudio, que no estuvieran relacionados con los resultados de la pregunta de investigación o que no se encontraran dentro del periodo elegido (año 2015 a 2020).

Para la búsqueda de la literatura, se combinaron diferentes tesauros y palabras naturales (pueden observarse en la Tabla 3-1) con el operador booleano AND. Así, se tuvieron en cuenta descriptores específicos de las bases de datos MeSH (PubMed) y DeCS para Medline, principalmente, además de incluir una búsqueda avanzada en literatura gris como Google Scholar y Open Grey.

Esto permitió ajustar los criterios de inclusión definidos más adelante y obtener una colección de artículos adecuada. Adicionalmente, se contó además con estudios obtenidos de páginas especializadas como GNEAUPP, a fin de obtener el soporte que requiere una revisión del orden *scoping review* que permita conocer el panorama mundial de los consultorios, unidades o clínicas de heridas, y a su vez hacer una categorización cualitativa con las dimensiones de calidad propuestas por Donabedian.

Tabla 3-1: Diccionario de términos para la revisión de literatura

| P | DECS | NATURALES ESPAÑOL | MESH | NATURALES EN INGLÉS |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | Enfermería de Consulta Enfermeras Especialistas Enfermería Heridas y Traumatismos Herida Quirúrgica Atención de Enfermería Atención Ambulatoria Instituciones de Atención Ambulatoria Úlcera Estomía | Consulta de Enfermería Enfermería en el Consultorio Enfermería en la Consulta Especialistas en Herida Heridas y Lesiones Herida Operatoria Heridas Quirúrgicas Incisión Operatoria Incisión Quirúrgica Cuidado de Enfermería Clínica de heridas Escara Estoma Curación | Office Nursing Nursing Wounds and Injuries Surgical Wound Nursing Care Ambulatory Care Ambulatory Care Facilities Ulcer Ostomy | Outpatient Care Outpatient Health Service Wound care center Wound care unit Wound care services Injury care Stoma |
| O | Acreditación Acreditación de Instituciones de Salud Competencia Profesional | Habilitación Experiencia Experticia Nivel de complejidad | Accreditation Health Facility Accreditation Professional Competence | Legally constituted Technical Expertise Level of complexity Level of care Level of health care |

Fuente: elaboración propia.

La búsqueda de artículos se realizó entre el 4 y 5 de junio de 2020 en diferentes bases de datos, como lo son PubMed, Medline, Lilacs e Ibecs, Cochrane Library, Cinahl, Bdenf y una búsqueda avanzada en literatura gris como Google Scholar y Open Greym, contando también con los estudios obtenidos de páginas especializadas como la GNEAUPP. Los artículos seleccionados se encuentran sistematizados en el Anexo 1.

3.1.2 Segunda fase: caracterización de las clínicas de heridas

En esta fase, se describieron y analizaron las características de los consultorios de enfermería dedicados al cuidado de personas con heridas en Colombia, a la luz de las dimensiones de calidad descritas por Donabedian. Estas características brindaron el sustento teórico, descriptivo y operativo para la consolidación de la información que sirvió de insumo para identificar panorámicamente los consultorios de enfermería habilitados en Colombia. Esta fase se adelantó en el periodo comprendido entre mayo y junio 2020.

Es pertinente resaltar que la línea de identificación de las clínicas y consultorios proviene de la base de datos oficial, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), donde se encuentran los datos de los establecimientos habilitados. Dicho

registro es consolidado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo una plataforma que cambia según las necesidades de cada prestador de servicio y se modifica constantemente. La base de datos con la que se contó tuvo corte a noviembre 30 de 2019, por lo que, como se mencionó, puede tener cambios o actualizaciones luego de la elaboración de este estudio.

Tal y como menciona la Resolución 3100 de 2019, “el prestador de servicios de salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables a este servicio” (6). Con lo anterior, queda claro que el garante de actualización es el prestador del servicio de salud, la fuente es el REPS y la información está sujeta a cambios por las actuaciones administrativas de actualización.

Para llevar a cabo la caracterización, los criterios que se consideraron para filtrar y seleccionar la base de datos de los consultorios de enfermería fueron el grupo de consulta externa o intramural, servicio de enfermería, modalidad intramural ambulatoria y extramural domiciliaria, complejidad baja, niveles nacionales y prestadores de servicio IPS y profesional independiente. Cabe aclarar que la base de datos cuenta con una amplia gama de prestadores de servicios de salud, por lo que fue necesario delimitar la información a partir de la siguiente terminología: consultorio, clínica, enfermería, curaciones, piel, úlceras, úlceras vasculares, terapia enterostomal, ostomías, quemaduras, entre otros.

Frente a los criterios de inclusión para llevar a cabo la encuesta en estas clínicas, se tuvo en cuenta que estas incluyeran dentro de sus funciones el cuidado de personas con heridas y que la consulta o clínica estuviera dentro de la modalidad de prestación de los servicios de salud según la Resolución 2003 de 2014 (5). Entretanto, los criterios para excluir del estudio a las clínicas fueron que prestaran servicios que no estuvieran habilitados en Colombia o que fueran unidades que se encontraran fuera del país.

Una vez seleccionadas las clínicas, consultorios o unidades de enfermería para el cuidado de heridas, se aplicó una encuesta titulada *Caracterización de consultorios de enfermería habilitados en Colombia, dedicados al cuidado de personas con heridas de mayo a junio 2020*, la cual se estructuró con 25 preguntas, 5 abiertas y 20 cerradas, agrupadas de acuerdo con las dimensiones de calidad propuestas por Donadecian, así:

10 preguntas para la dimensión interpersonal, 11 preguntas para la dimensión técnica y 4 preguntas para la dimensión del entorno. Este cuestionario fue diseñado a través del aplicativo Google Forms para ser aplicado a través de medios electrónicos (Anexo 2).

3.1.3 Tercera fase: propuesta

Luego de llevar a cabo la revisión de literatura y la caracterización (fase 1 y 2), se diseñó una propuesta con las tres dimensiones de calidad en atención en salud propuestas por Donabedian (interpersonal, del entorno y técnica). Para lograr esta propuesta, se tomaron los principales aportes de la literatura, logrando hacer un análisis de contenido de estos textos, de modo que se organizaron en las categorías relacionadas con las dimensiones de calidad descritas por Donabedian.

Una vez se obtuvieron las categorías, se tomaron los resultados de la caracterización de las clínicas de heridas y se condensó la propuesta teniendo como objetivo brindar información y lineamientos a las clínicas de heridas para que así pudieran ofrecer un cuidado seguro, integral y de calidad ajustado a los estándares internacionales para estos servicios de salud en Colombia.

3.2 Consideraciones éticas

Dando cumplimiento a la protección de los derechos fundamentales, el presente proyecto ha diseñado una propuesta con los lineamientos mínimos para las clínicas de heridas en Colombia, de manera que permita una conceptualización del estado del arte. Para esto el autor ha sido guiado por la visión ética de George Edward Moore, quien plantea que lo bueno es lo que manda la ley (42).

Adicionalmente, el autor del presente trabajo es bioeticista, con un curso de buenas prácticas en investigación en seres humanos vigente de la Fundación Universitaria de la salud (FUCS). Cuenta con experiencia de más de 10 años en revisión ética en estudios de investigación de pregrado y posgrado, así como valoración en estudios de industria farmacéutica en dos universidades. Esta experiencia le permite realizar una investigación aplicando las buenas prácticas en investigación. Dicho lo anterior, los principios éticos que se tuvieron en cuenta para desarrollar del presente trabajo fueron el principio de

buena fe, imparcialidad, veracidad y reciprocidad, expuestos en el Acuerdo 035 de 2003 sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia (43) y el Acuerdo 007 de 2008 (44).

Asimismo, conforme con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, el presente estudio es considerado de riesgo mínimo, por cuanto es un estudio de tipo prospectivo y emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes, y en ningún momento pone en riesgo la integridad física o emocional de las personas, pues se parte de un análisis colectivo no individual (45). Sumado a esto, es preciso mencionar que se tuvieron en cuenta los principios éticos contemplados en la Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia (22).

Ahora bien, desde el punto de vista que refiere a la integralidad de la persona, se tuvieron en cuenta los principios éticos de *autonomía* (participación voluntaria en la que los participantes podían desistir de responder en el momento que lo deseen, sin perjuicio de ver afectado su buen nombre), *confidencialidad* (cada uno de los formularios donde se recuperaron los datos contaba con un código que solo el autor del trabajo podía identificar a quién pertenece; igualmente, para efectos de tabulación, análisis y resultados no se utilizaron datos de identificación de personas ni de instituciones), *privacidad* (la recolección de información se hizo vía telefónica y medios electrónicos, reiterando que para el análisis de los datos no se tuvieron en cuenta nombres propios), *veracidad* (los resultados correspondieron en forma estricta a los datos hallados) y *justicia* (la información recolectada se analizó en igualdad de condiciones, sin discriminación ni diferenciación alguna por ningún motivo).

Finalmente, atendiendo a los beneficios de los participantes del estudio, se hace claridad de que no recibieron ninguna remuneración económica. En este sentido, los resultados son netamente académicos y buscan beneficiar en general a la comunidad de pacientes, instituciones y personal de enfermería, por lo que sus resultados permitirán conocer la caracterización de este servicio de salud y los ajustes a los procesos que se pueden derivar del análisis, de modo que se puedan diseñar las recomendaciones mínimas para las clínicas de heridas en Colombia.

3.3 Manejo de sesgos

En la primera fase, se encuentra como sesgo la falta de experticia del autor en cuanto a la búsqueda de la literatura. Sin embargo, gracias a las asesorías minuciosas se pudo llevar a cabo satisfactoriamente. Desde lo teórico, no se encontraron en la literatura temas específicos relacionados con la pregunta de investigación, de igual forma, se evidenció que no había estudios suficientes que permitieran tener la solidez teórica sobre el funcionamiento de las clínicas de heridas ni a nivel mundial ni a nivel Colombia. Así mismo, el nivel de evidencia de las guías que se encontró es mayoritariamente local, lo que hace que cada país asuma el manejo de las heridas según la experticia, experiencia y nivel de conocimientos de los profesionales.

En la segunda fase, los sesgos estuvieron dados por la falta de una base de datos de las clínicas de heridas en Colombia. Por ende, se tuvo que contar con una amplia gama de prestadores de servicios de salud, por lo que fue necesario delimitar la información a partir de terminología ya mencionada en la segunda fase.

Sin embargo, se entiende que por errores de búsqueda en la página pudo suceder que se quedaran por fuera algunas clínicas o consultorios por registrar. Otro posible sesgo tiene que ver con que la actualización de los datos depende de los prestadores de servicios en esta página, es decir que si no están registrados no se tuvieron en cuenta.

Algunas dificultades tecnológicas como mal registro de los números telefónicos, correos electrónicos con errores o desactualizados pudieron ocasionar sesgos en cuanto al número de clínicas existentes. También se pudieron presentar sesgos por estar algunas de estas clínicas cerradas debido al plan de emergencia derivado por la pandemia del COVID-19. Para tratar de controlar este sesgo, se contactó una persona experta de la Secretaria de Salud de Bogotá, quien asesoró el proceso de búsqueda de las clínicas a nivel de todo el país.

Finalmente, en la tercera y última fase, el sesgo de mayor relevancia está dado porque no hay una reglamentación de procesos de calidad de las clínicas de heridas. En este sentido, tanto la normatividad de habilitación como de acreditación es general y no

especifica sobre cómo se o cuáles se requieren para el funcionamiento de las clínicas de heridas en Colombia. Para controlar este sesgo, el trabajo se ciñó a la normatividad vigente del Ministerio de Salud en cuanto a la prestación de los servicios de salud en Colombia.

4. Resultados y discusiones

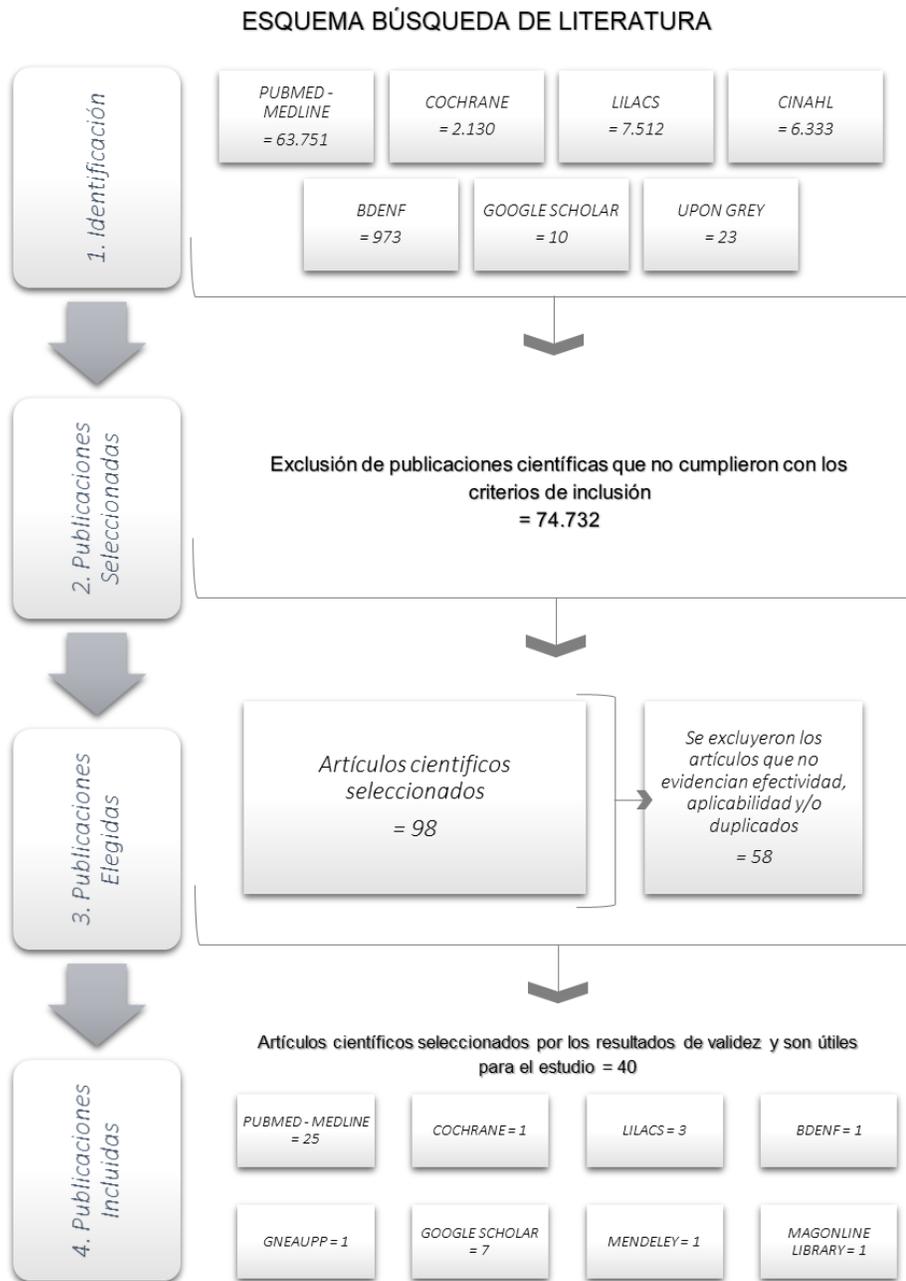
A continuación, se presenta un informe detallado de los resultados de cada una de las tres fases de la investigación: revisión de literatura, caracterización y propuesta.

4.1 Resultados de primera fase (revisión de literatura)

En la primera fase del estudio, la revisión tipo *scoping review*, se obtuvieron inicialmente 74.732 artículos, los cuales fueron depurados por título y palabras clave, de cuyo proceso quedaron 98. Posteriormente, una vez revisado el contenido, se dejaron 58 textos, dado que algunos se encontraban duplicados o no evidenciaron ni efectividad ni aplicabilidad para el estudio. Finalmente, el proceso dejó 40 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión mencionados en 3.1.1 (véase también el Gráfico 4-1).

Una vez definidos los artículos finales, se procedió a dar una lectura detallada, haciendo énfasis en el resumen, objetivos, método, conclusiones y resultados, haciendo énfasis en que aportaran al estudio. Así, los artículos se categorizaron como se detalla a continuación: revisiones sistemáticas: 9, revisiones semisistemáticas: 1, cuasi experimentales: 2, ensayos clínicos: 1, descriptivos: 12, revisiones de la literatura: 2, cualitativos: 3, análisis cuantitativos: 1, análisis de corte retrospectivo: 1, opiniones de expertos: 1, análisis de corte transversal: 1, *scoping reviews*: 1, metacéntricos: 1, intervenciones prospectivas: 1, interpretativos: 1, análisis de conceptos: 1, posicionamientos: 1.

Gráfico 4-1: Flujo de decisión en la búsqueda de artículos para la revisión

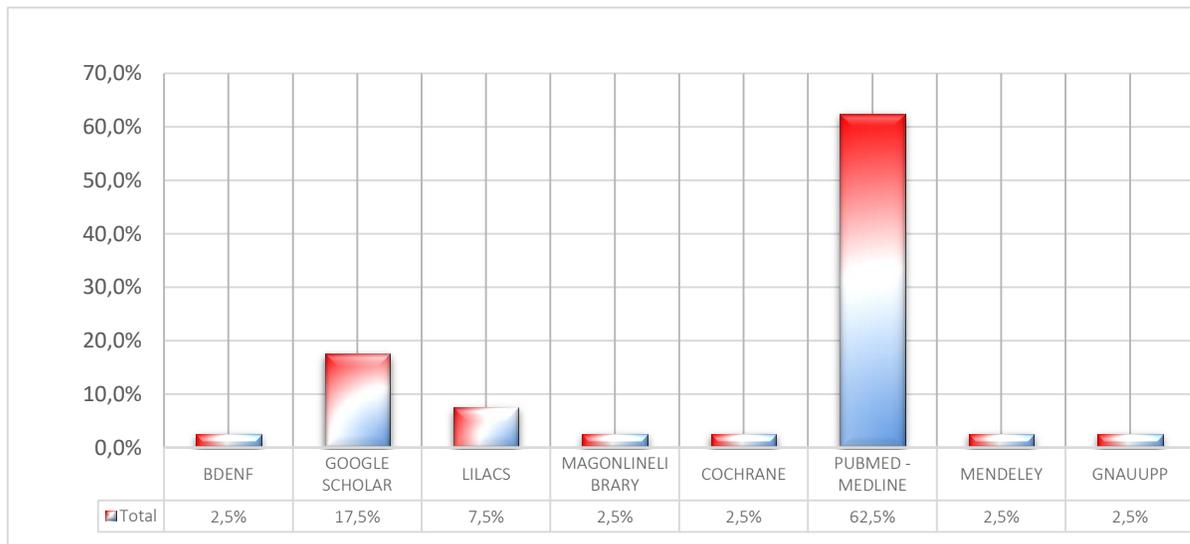


Fuente: elaboración propia.

4.1.1 Distribución de las publicaciones por bases de datos

En el Gráfico 4-2, se observa la distribución de los artículos científicos en las diferentes bases de datos consultadas. De esta manera, se puede notar que el mayor número de publicaciones se halló en la base de datos Pubmed (Medline) con 25 publicaciones, las cuales representan el 62.5%. Enseguida, se encuentra Google Scholar con 7 artículos (17.5 %), Lilacs con 3 artículos (7.5%) y Cochrane y Bdenf, GNAUUPP, Magonlin Elibrary y Mendeley con 1 artículo cada una (2.5%, respectivamente). Cabe destacar que artículos disponibles en otras bases de datos como Scielo y Cinahl optaron por clasificarse como Pubmed (Medline), debido a que esta fue la primera fuente consultada, garantizando así el rigor metodológico y asegurando que no hubiera publicaciones repetidas.

Gráfico 4-2: Distribución de las publicaciones por bases de datos



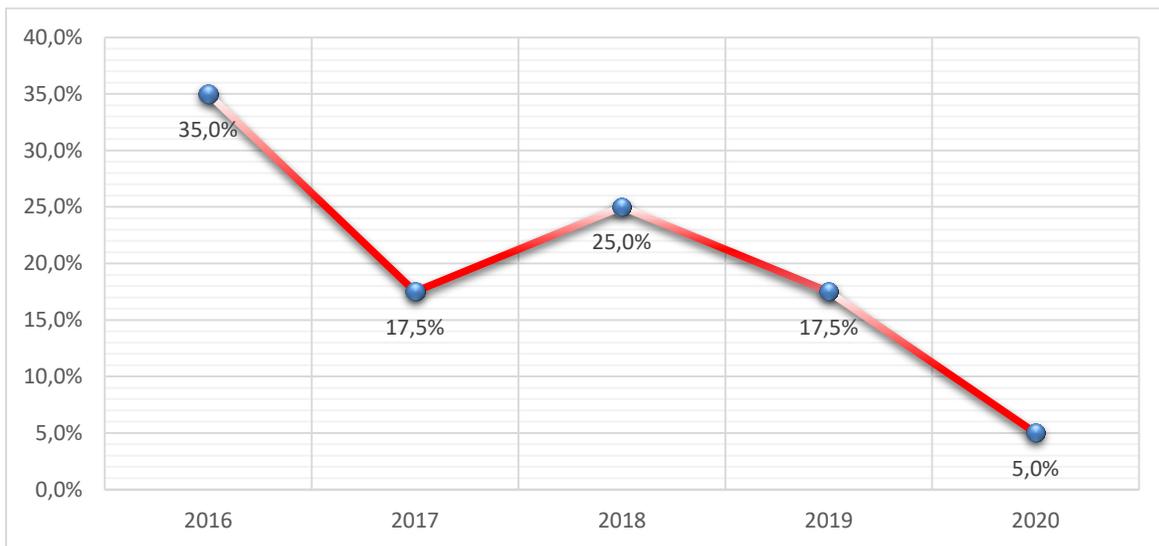
Fuente: elaboración propia.

4.1.2 Disposición de literatura de acuerdo con el año de publicación

El Gráfico 4-3 muestra la distribución de los artículos seleccionados atendiendo al año de publicación. Así, la publicación más antigua data del año 2016 y la más reciente, según

los criterios de inclusión, del año 2020. En cuanto a la frecuencia, se encontró que el año 2016 tenía una representación del 35% con 14 artículos, por lo que fue el año con más número de publicaciones. Seguido a este, el año 2018 tiene una representación del 25% con 10 artículos, los años 2017 y 2019 con un 17.5% (7 artículos) y, finalmente, el año 2020 con un 5% (2 artículos).

Gráfico 4-3: Disposición de literatura de acuerdo con el año de publicación

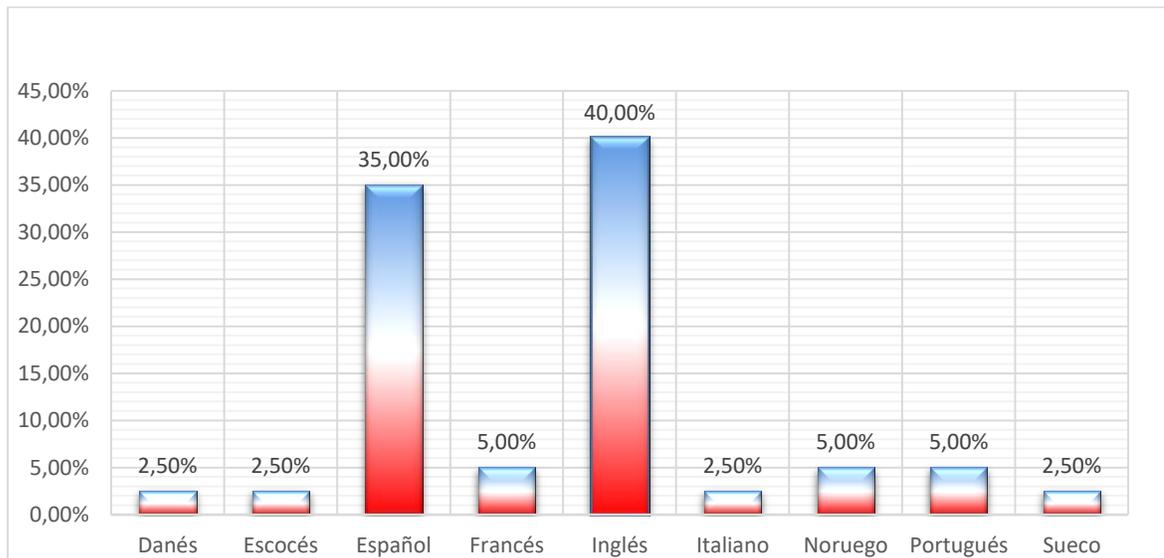


Fuente: elaboración propia.

4.1.3 Distribución de las publicaciones según el idioma

En la Gráfico 4-4, se relaciona la distribución de los artículos atendiendo al idioma de la publicación. Al respecto, el 40% de las publicaciones se encontraron dispuestas en inglés, esto representado en 16 artículos. En segundo lugar, el 35% (14 artículos) de artículos se encontraron en español, seguido del 5% (2 artículos) en francés, noruego y portugués. Los demás artículos estuvieron en escocés, italiano y sueco, cada uno con el 2.5% (1 artículo).

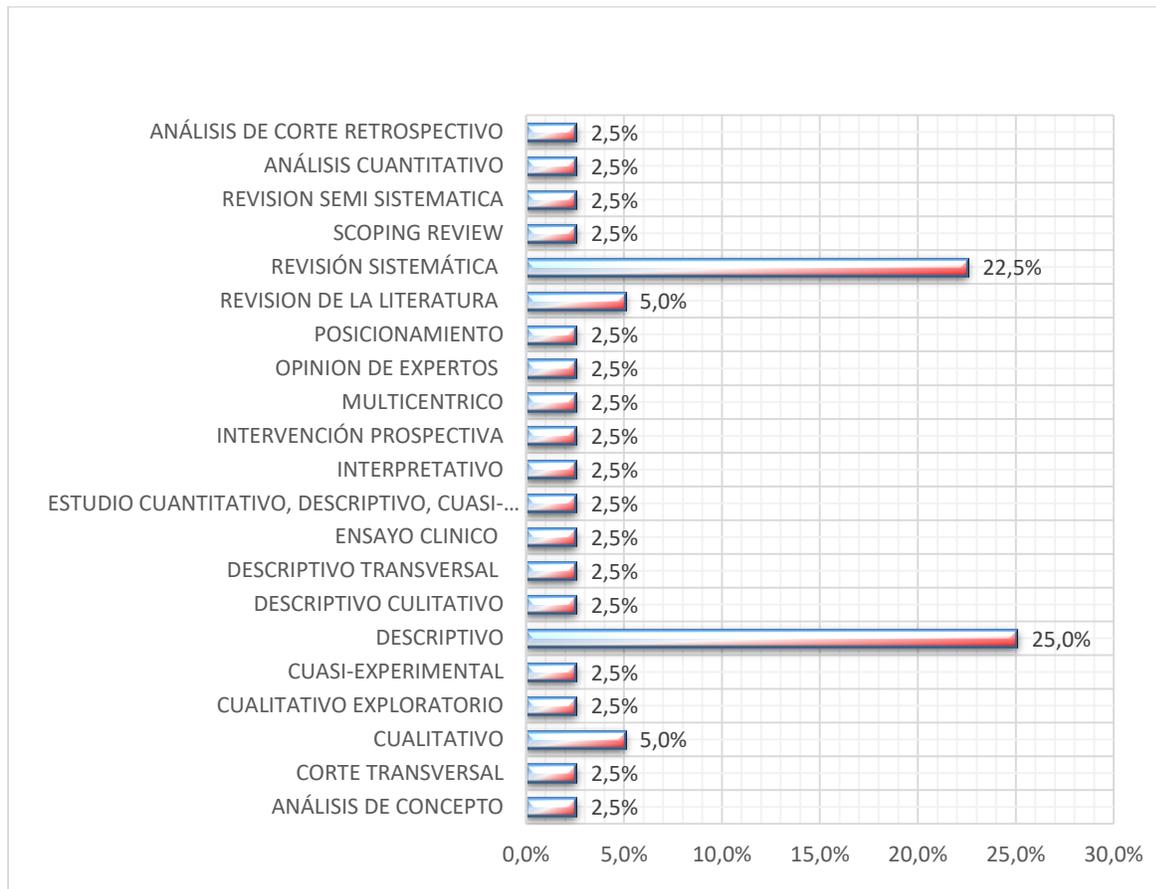
Gráfico 4-4: Publicaciones según el idioma



Fuente: elaboración propia.

4.1.4 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el diseño metodológico

El gráfico 4-5 permite observar los artículos seleccionados de acuerdo con su metodología. En su orden, se encontraron: estudios descriptivos en un 25%, revisiones sistemáticas en un 22.5%, estudios cualitativos en un 5% , revisiones de literatura en un 5% y los restantes coinciden en 2.5%: análisis de corte retrospectivo, análisis cuantitativo, revisión semisistemática, revisión *scoping review*, de posicionamiento, opinión de expertos, multicéntrico, intervención prospectiva, interpretativo, ensayo clínico, descriptivo, transversal, cualitativo, cuasi experimental de corte transversal y análisis y de concepto.

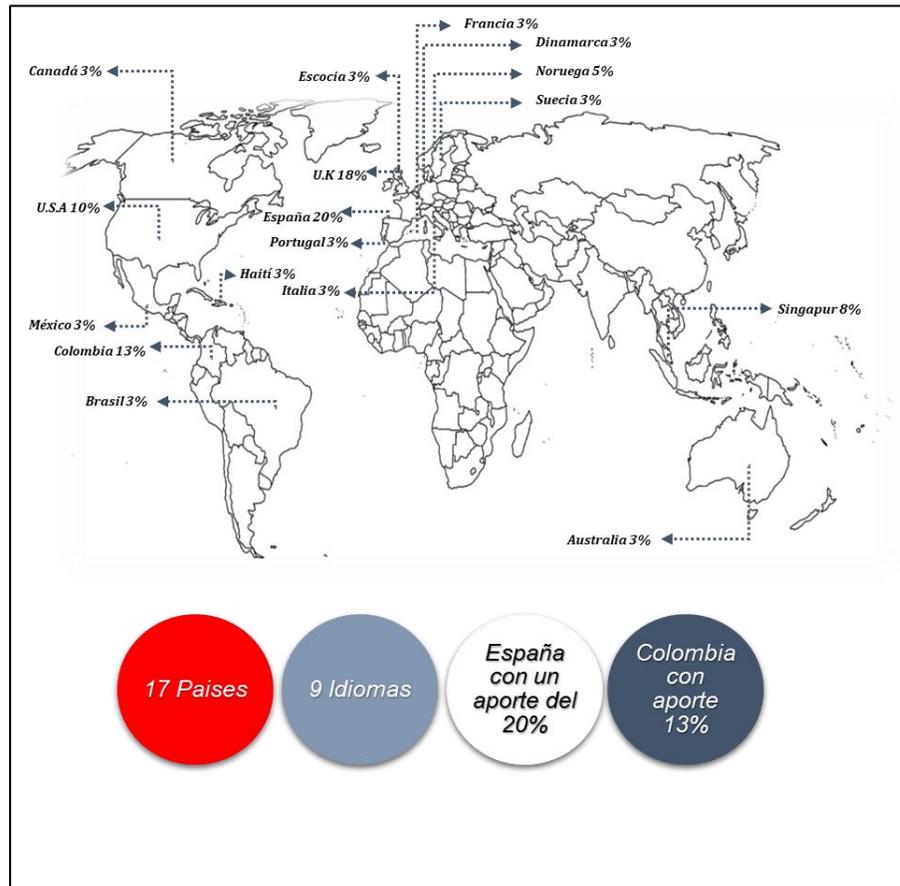
Gráfico 4-5: Distribución de publicaciones según diseño metodológico

Fuente: elaboración propia.

4.1.5 Identificación geográfica de artículos de la revisión

El Gráfico 4-6 permite identificar la contribución de los diferentes países en el estudio que se adelantó para presente trabajo. En este, se observa que 17 países aportaron artículos relevantes, los cuales se encontraron dispuestos en 9 idiomas diferentes. España fue el país que aportó la cuota más alta, con una representación del 20%, seguido de Reino Unido con 13.5% y Colombia en tercer lugar con un 13%.

Gráfico 4-6: Identificación gráfica de artículos según su origen



Fuente: elaboración propia.

4.1.6 Presentación de las publicaciones incluidas

En síntesis, la primera fase de la revisión *scoping review* permitió recopilar 40 artículos, los cuales se clasificaron a su vez, según las dimensiones de calidad propuestas por Donabedian, así: componente interpersonal 52.5% (21 artículos), componente del entorno 22.5% (9 artículos) y componente técnico 25% (10 artículos). Esta información sistematizada puede observarse con más detalle en el Anexo 1.

4.1.7 Análisis de las publicaciones según dimensiones de Donabedian

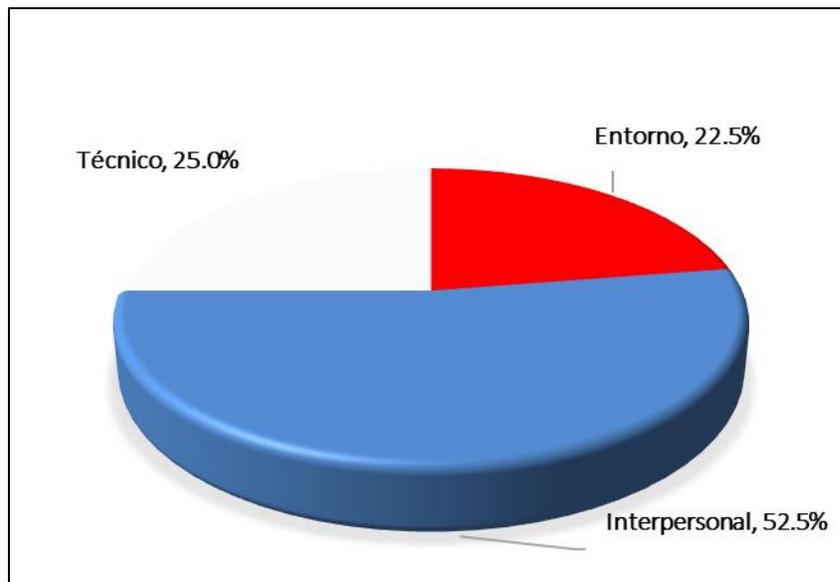
Los 40 artículos seleccionados se analizaron atendiendo a las características de tipo cualitativo, de manera ordenada y coherente, logrando establecer las categorías y

subcategorías de análisis en el marco de la visión de calidad de Donabedian. Esto permitió dar una mirada global de la literatura en torno a las clínicas de heridas, con miras a dar cumplimiento a los objetivos de asegurar la calidad y la consistencia metodológica del estudio.

En este sentido, en el Gráfico 4-7 se puede observar que, según la categorización de Donabedian, el 52.5% de los artículos (21 en total) se encuentran direccionados en temas que se relacionan con la categoría *interpersonal*, es decir temas propios del recurso humano.

En segundo lugar, se encuentra el 25% con tipología concerniente a lo técnico (10 artículos), los cuales abordan temas tecnológicos y prácticos, propios de la labor. Finalmente, el 22.5% restante (9 artículos) consta de características propias del entorno, es decir, son estudios relacionados con rasgos de infraestructura y forma para la prestación del servicio.

A continuación, se presentarán las categorías halladas derivadas de las dimensiones de Donabedian. Estos datos contrastan con el hallazgo en la literatura en un estudio de opinión de expertos (46), que destaca que dentro de las principales competencias de las enfermeras está ser líderes que garanticen una atención sanitaria con todos los recursos necesiten tanto el paciente como su familia. Lo que evidencia el presente estudio se relaciona con el entorno respecto de las condiciones físicas y los medios para que el profesional ejerza un trabajo holístico, con un equipo transdisciplinar donde se obtenga la participación de todos los integrantes de modo que se puedan mejores posibilidades de tratamiento y donde la persona pueda tomar sus propias decisiones en el cuidado de su salud.

Gráfico 4-7: Análisis cualitativo de las publicaciones

Fuente: elaboración propia.

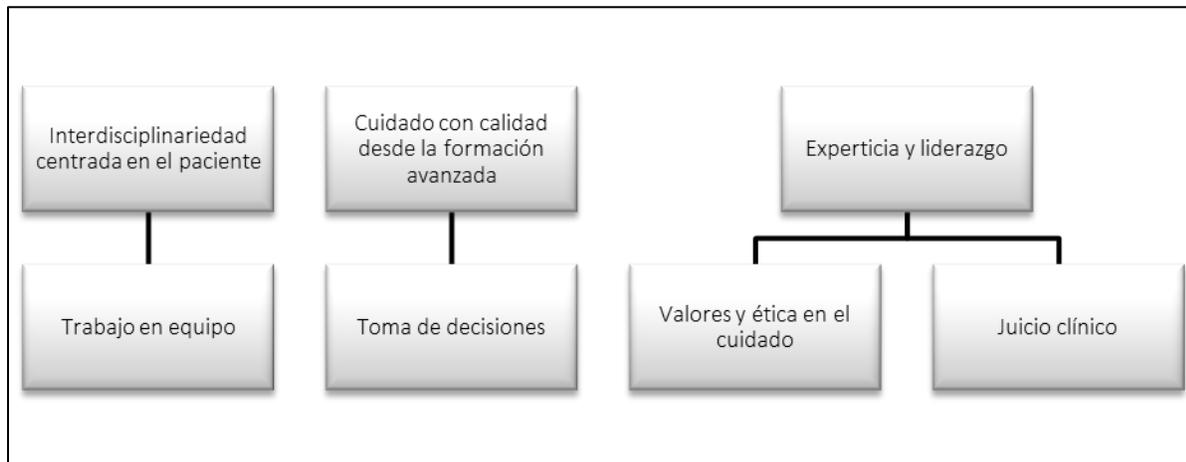
▪ **Componente interpersonal**

Con respecto al componente interpersonal, Christie et al. (47), en su revisión sistemática titulada *¿Las revisiones sistemáticas abordan las incertidumbres en el cuidado de heridas de los profesionales de la salud comunitaria?*, refiere que a pesar del creciente volumen de investigaciones, los profesionales de la salud que brindan atención de heridas no cuentan con revisiones actualizadas para mejorar su práctica, por lo que invita a realizar mayores esfuerzos para garantizar que la investigación aborde las incertidumbres clínicas más relevantes (48).

Adicionalmente, Zapata Pulgarín (12) y su revisión sistemática titulada, *Beneficios de clínica de heridas, dos revisiones sistemáticas: clínica y económica*, da más aportes al respecto de esta competencia, en especial al dilucidar la problemática en Colombia, en la cual es posible corroborar que los equipos favorecen la participación de los distintos miembros, así como el trabajo interdisciplinar.

El Gráfico 4-8 sintetiza las competencias de los líderes al cuidado de personas con heridas, dentro de los que se destaca la interdisciplinariedad centrada en el paciente, el cuidar con calidad desde la formación avanzada y la experticia y liderazgo.

Gráfico 4-8: Competencias interpersonales de los líderes en cuanto al cuidado de personas con heridas



Fuente: elaboración propia.

▪ *Interdisciplinariedad centrada en el paciente*

Respecto a la interdisciplinariedad centrada en el paciente, es preciso señalar que el cuidado de las personas con heridas es un campo donde diferentes disciplinas deben interactuar, puesto que hay una variedad de servicios diferentes que pueden estar involucrados. Para ello, es primordial prestar el servicio de atención atendiendo al principio de que el paciente es el centro de toda atención.

En consecuencia, los equipos interdisciplinarios deberán tener por lo menos una revista semanal, la cual permitirá ver al paciente de manera integral, adaptando tratamientos encaminados a mejorar la calidad de vida y no solo en busca de cierre de una herida. Esta práctica avanzada le permitirá al profesional tomar decisiones clínicas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas en relación con todo tipo de heridas. Esta interdisciplinariedad, como se ha mencionado, permite un acompañamiento holístico, lo que repercute en una mejor atención en general y en un mejor cuidado de las heridas (46).

▪ *Cuidado con calidad desde la formación avanzada*

Ahora bien, toda persona que tenga una herida merece y debe ser tratada con amor, paciencia, entendimiento, bondad y con los mejores estándares de calidad. Por lo tanto, el enfermero/a deberá:

- Conocer previamente datos relevantes del paciente y realizar una anamnesis detallada para realizar un plan de cuidado de enfermería integral.
- Saludar al paciente por su nombre con amabilidad y buen trato.
- Tener una actitud amigable, positiva y animar al paciente indistintamente de la edad.
- Se deberá presentar diciendo su nombre y especificando además que se dedica a cuidar personas con heridas.
- Explicar en detalle el procedimiento que aplicará a su paciente de forma clara y sencilla.
- Dar ejemplo del lavado de manos antes y después de procedimiento.
- Brindar los cuidados respectivos, conservando siempre una técnica aséptica.
- Su disposición siempre debe ser educar al paciente, al cuidador y al familiar.
- Mantener una comunicación efectiva y debe ser cuidadoso en el uso de las palabras.
- Debe proponer un plan de cuidado que permita mejorar calidad de vida del paciente.
- En todo momento, debe hacer sentir al paciente como su centro de atención, brindándole los mejores dispositivos, dando un trato digno de protección y ayuda, previendo disminuir el dolor y proporcionando calidad de vida y confort al receptor de su servicio.

En síntesis, un líder en el cuidado de personas con heridas deberá tener competencias específicas que le permitan ejercer cuidados de enfermería bajo un trato humanizado, de calidad, oportunidad y eficiencia.

Lo anterior requiere trabajar de forma interdisciplinaria, centrada en el paciente, donde aplique la práctica avanzada de su servicio, de manera tal que su ejercicio permita garantizar beneficios para la salud de la persona tratada. Al respecto, Silva y Fernández

(48) identifican 4 competencias que deben poseer los profesionales que administran esta labor: competencias de *cuidado* (prevención/tratamiento de heridas, terapias avanzadas, toma de decisiones, capacitación y supervisión clínica), *de calidad* (formación especializada, formación de pares, investigación y auditoría), *de liderazgo* (adaptación a los cambios continuamente, trabajo en equipo y ser una guía consultoría dispuesta siempre a educar apoyar y dar lo mejor de sí para el trato humanizado) y *de gestión* (selección de material/control de costos).

- *Experticia y liderazgo*

Al referirse a los componentes de tipo interpersonal, también es preciso destacar la importancia de las competencias de los profesionales que atienden las clínicas de heridas. Para ello, se considera que el líder al cuidado de personas con heridas debe ser un enfermero/a con vocación de servicio y con capacidades que a la postre permitan entender a aquel que padece de una herida como un ser humano que requiere atenciones, cuidados especiales, que debe ser entendido y a la vez auxiliado para poder mejorar su condición.

Ahora bien, es preciso no dejar de lado la formación. En este sentido, es importante destacar que el líder debe contar con el título que lo acredite como profesional de enfermería, aunque este no sea el único requisito, pues en materia formativa es necesario que el profesional líder permanezca actualizado y lleve a cabo diplomados, maestrías, o doctorados que le permitan captar el conocimiento necesario para atender los diferentes retos de la profesión, que a su vez lo harán experto en las diferentes aplicaciones de su actividad.

Además de lo anterior, cabe anotar que la experiencia y el juicio clínico debe ser lo suficientemente riguroso, puesto que el profesional es la guía para un tratamiento exitoso, por lo que de sus decisiones depende la mejoría de paciente. De esta forma, es necesario que los líderes al cuidado de personas con heridas se encuentren incorporados a la academia, a fin de investigar, enseñar y realizar estudios independientes en un esfuerzo por construir bases de evidencia a partir de exploraciones respecto a su oficio, de modo que puedan obtener aspectos técnicos relevantes adicionales aplicables a su profesión.

Por lo tanto, es requisito fundamental el compromiso de los líderes y gerentes de enfermería para apoyar la innovación y las mejores prácticas, a fin de estar preparados para asumir nuevos roles profesionales y aplicar la práctica avanzada (más allá de la empírica) de la que deberá dejar registro de evidencia. De igual manera, su actuar debe estar enmarcado en principios y valores éticos, fundamentados en el código deontológico del ejercicio de la enfermería.

▪ **Componente técnico**

Rumbo-Prieto et al. (49) describen, en su revisión sistemática *Evaluación de la evidencia y la calidad de las guías de práctica clínica sobre el deterioro de la integridad de la piel: úlceras y heridas crónicas*, que la práctica basada en la evidencia, está fundamentada en tomar las decisiones clínicas con base en la experiencia y el juicio clínico del profesional (evidencia interna), las expectativas (demandas), las preferencias y los valores de los usuarios, los resultados de la investigación clínica (evidencia externa) y los recursos sanitarios y humanos disponibles.

Dichas recomendaciones son a su vez recogidas en documentos especiales denominados guías de práctica clínica (GPC), cuyo objetivo es mejorar la práctica asistencial y establecer criterios homogéneos para el abordaje de las patologías más frecuentes. Si bien es claro que enfermería como profesión se encuentra en crecimiento científico con la aplicación de la PBE, esto además facilitará dar argumento a los cuidados de las personas y al mismo tiempo ofrecer cuidados de calidad, oportunos y seguros a un menor costo.

Por su parte, Järbrink et al. (50), en su revisión sistemática titulada *Prevalencia e incidencia de heridas crónicas y complicaciones relacionadas: un protocolo para una revisión sistemática*, refieren que las heridas crónicas imponen una carga significativa y subestimada tanto para el individuo como para el sistema de salud y la sociedad (50).

En este sentido, la búsqueda preliminar en la literatura sugiere que actualmente no existen estimaciones confiables sobre la prevalencia total de heridas crónicas para diferentes entornos y categorías de dichas heridas. Esta información es la base que

permite realizar políticas en salud que contribuyan a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con heridas, siendo esta una de las razones por las cuales se puede notar la importancia de la educación continua en los actores del cuidado.

Teniendo en cuenta lo anterior, este componente está dado en torno a la normatividad, la aplicación de protocolos y guías de tratamiento para el manejo de las heridas, al igual que una gestión correcta de la información. Lo técnico entonces se encuentra orientado hacia la oportunidad de garantizar el servicio desde la práctica, donde además se deberá aplicar el uso de diferentes tecnologías, lo que al final repercute en la prestación de un buen servicio.

En otras palabras, el experto deberá aplicar protocolos y guías de tratamientos para el manejo de las heridas con los diferentes tipos de técnicas, empleando además insumos de alta tecnología y gestionando adecuadamente la información. Para ello, se hace necesario contar con guías de práctica clínica (GPC), con el fin de mejorar la práctica asistencial y establecer criterios específicos para el abordaje de las patologías más frecuentes.

- *Gestión de la información*

En razón a la gestión de la información, las clínicas deben ser garantes de principios de oportunidad, de forma que se guarde la respectiva reserva sin retardar la cadena de servicio, bajo las condiciones de precisión necesarias en términos de formulación, tratamiento y registro de antecedentes. A continuación, en la Tabla 4-1, se detallan los diferentes tipos documentales que se deben precisar y tener en cuenta para ajustar a los términos ya descritos.

Tabla 4-1: Información a gestionar en atención a heridas en centros de salud

| | |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Historia clínica Sistematizada | Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (51). Ahora bien, en relación con la historia clínica electrónica en Colombia, es interoperable, y allí se intercambian datos médicos relevantes, así como documentos y expedientes del curso de la vida de cada persona (52). |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Consentimiento Informado</p> | <p>Todo paciente que reciba atención, independiente de la modalidad (intramural, extramural o telemedicina), debe firmar el consentimiento informado, es decir el documento mediante el cual se garantiza que el usuario es informado y acepta o no voluntariamente la realización de todo tipo de procedimientos. Este documento debe atender a información como beneficios, terapias, complicaciones y efectos adversos. Además, debe estar redactado en forma clara de manera que resuelva las dudas generales que pueda tener el paciente (45).</p> |
| <p>Toma de fotografías</p> | <p>El registro fotográfico podrá ser tomado siempre con el consentimiento previo del paciente. Una vez tomada la fotografía, esta debe ser archivada en la historia clínica sistematizada como soporte de la evolución, lo que facilita llevar a cabo la observación en torno a la evolución del tratamiento. En lo posible, no se tendrán copias en cámaras de dispositivos móviles o portátiles, debido a que pueden llegar a afectar la seguridad y la intimidad del paciente.</p> |
| <p>Calidad y evaluación</p> | <p>Toda clínica de heridas en sus tres modalidades de atención debe contar con indicadores de calidad, es decir, registrar número de pacientes atendidos, eventos adversos, caídas, infecciones, complicaciones, quejas y cierre de heridas, entre los más relevantes. Estos no serán meros registros, en cambio servirán como insumo para medición de los servicios respectivos, lo que al final facilitará la toma de decisiones o ajustes en aras de mejorar la calidad del servicio. Se sugiere evaluar anualmente el estado de la clínica, teniendo como base las proyecciones para el año.</p> |
| <p>Planes de cuidado de enfermería</p> | <p>El líder de la clínica de heridas deberá realizar una valoración integral del paciente para poder obtener un diagnóstico de enfermería y lograr así un plan de cuidado que permita mejorar las condiciones de salud de la persona.</p> |

Fuente: elaboración propia.

- *Cientificidad al cuidado de las personas con heridas*

Como se observa en el Gráfico 4-9, este componente relaciona dos partes: la normatividad y la cientificidad en el cuidado.

Gráfico 4-9: Competencias técnicas en cuanto al cuidado de personas con heridas

Fuente: elaboración propia.

Toda clínica de heridas debe tener los protocolos mínimos impuestos por el Ministerio de Salud. Asimismo, podrá crear y adaptar las guías de manejo de las heridas y deberá proponer una metodología para lograr tener guías de manejo basadas en la evidencia, con el fin de dejar la práctica empírica y reemplazarla por la práctica científica, de manera que posibilite modelos a seguir, continuidad en los tratamientos y una mitigación del riesgo en casos donde el líder se encuentre ausente y subsistan vacíos en el conocimiento.

Dicho lo anterior, es pertinente entonces conocer cuáles son los elementos para el desarrollo de la práctica basada en evidencia, los cuales se detallan a continuación (49):

- La experiencia y el juicio clínico del profesional (evidencia interna)
- Las expectativas (demandas), preferencias y los valores de los usuarios
- Los resultados de la investigación clínica (evidencia externa)
- Los recursos sanitarios y humanos disponibles

Estas recomendaciones serán, a su vez, recogidas en las GPC, las cuales, como se ha mencionado, permitirán mejorar la práctica clínica y establecer criterios homogéneos en el abordaje de las patologías como la prevención y el tratamiento de úlceras por presión (UPP), úlceras venosas de la pierna (UVP) y úlceras de pie diabético. Para ello, es necesario que se promulguen convenios docente-asistenciales siempre que sea posible. Además, en este sentido, se puede notar que toda clínica de heridas debe ser centro de

práctica para estudiantes de pregrado y posgrado, claro está, con los debidos convenios y aplicando la normatividad institucional y universitaria.

Así mismo, es pertinente mencionar que, para brindar un cuidado de enfermería de calidad a las personas con deterioro en la integridad del tejido tegumentario, las clínicas de heridas deben disponer de guías y protocolos de promoción, prevención y tratamiento basados en la mejor evidencia científica publicada y con base en las experiencias del profesional de salud. En estas guías, se deben considerar como esenciales las siguientes recomendaciones, teniendo en cuenta las políticas de calidad, seguridad y humanización:

- Protocolo de lavado de manos
- Protocolo de bienvenida
- Guía y protocolo de limpieza y desinfección
- Protocolo del cuidado de heridas
- Protocolo de disposición de residuos
- Código de manual de bioseguridad

En lo que respecta a la gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, es preciso mencionar que se deben cumplir con las condiciones mínimas e indispensables de procesos, de tal forma que sean aptas las condiciones de almacenamiento, trazabilidad y seguimiento en el uso de estos para mitigar posibles riesgos. Cabe destacar que todos los dispositivos, medicamentos e insumos deben contar, en Colombia, con el registro INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos).

▪ **Componente del entorno**

Guest et al. (53), en su estudio *Carga económica para la salud que imponen diferentes tipos de heridas al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido*, destaca cómo el costo de atención al paciente de una herida sin cicatrizar fue de un 135% más que el de una herida curada. Por lo tanto, los beneficios clínicos y económicos para los pacientes y sistema de salud podrían derivarse de estrategias centradas en prevención de heridas, diagnóstico preciso y mejora en las tasas de curación de heridas. Lo anterior deja claro

que la prevención es un reductor de los gastos para el sistema de salud al igual que las instalaciones e insumos adecuados.

Lo anterior es posible mediante diversas modalidades (intramural, extramural o telemedicina), ya que permiten emprender el camino hacia estudios de costo efectividad según donde se requiera la atención, lo que se convierte en un sustento fuerte para esta parte de la revisión en lo pertinente a la competencia del recurso humano. En consecuencia, se hace necesario tener en cuenta sitios propicios para atender a los pacientes, puesto que las dos características deben existir para garantizar un real servicio de calidad.

Al hablar del entorno, se hace referencia, además de los recursos físicos de infraestructura, a los componentes generales involucrados en la forma en la cual se prestan los servicios de salud (intramural, extramural y telemedicina). Adicionalmente, se debe tener en cuenta la cantidad y calidad de personal, equipos e instrumentos, recursos financieros, normas, reglamentos, procedimientos y sistemas de información, variables que pueden ir cambiando según el contexto (región, disponibilidad de recursos, etc.).

Por lo general, las clínicas de heridas tienden a llevar a cabo la modalidad intramural dadas sus características, por lo que las instalaciones físicas juegan un papel muy importante ya que debe ser un lugar de fácil acceso, con estructura física cuidadosamente planeada y diseñada (teniendo en cuenta las necesidades en términos de desplazamiento para los pacientes) y con la dotación y equipamiento para cada unidad (atendiendo las necesidades específicas de cada zona).

En este mismo sentido, para que las clínicas de heridas brinden servicios de calidad, es preciso que su infraestructura cumpla, como mínimo, las normas descritas en la Resolución 3100 de 2019 (6), al igual que la disposición de una recepción, consultorios, baños y zonas de aseo. Asimismo, en el recinto deben estar a cargo profesionales competentes en el campo de la salud, que brinden atención continua y fácil acceso a la prestación del servicio.

Frente a la ubicación ideal para las clínicas de heridas, lo recomendado es que se ubiquen, en Colombia, dentro de la estructura de una institución hospitalaria o centro de salud. Sin embargo, en la actualidad, en el país se están ofertando consultorios de enfermería en diferentes partes del país, donde de manera privada se pueden prestar los servicios de cuidado a las personas con heridas.

De igual forma, se debe señalar que, de acuerdo con la modalidad de prestación de servicios, las necesidades y requisitos son evidentemente diferentes. Sin embargo, se deberán adoptar las medidas necesarias para las demás modalidades (como la extramural, por ejemplo), dependiendo de cada región y nivel cultural, pues en estos términos las necesidades son susceptibles a distintos cambios.

Ahora bien, como se ha mencionado, la modalidad de telemedicina también es una opción de atención que se encuentra regulada en Colombia mediante la Resolución 2654 de 2019 (39). Al respecto, se debe señalar que en dicha resolución se incluye al profesional de enfermería, especialmente en servicios como provisión de servicios de salud a distancia en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (39).

Los programas de telemedicina deben garantizar, entonces, tanto a los profesionales como a las personas con heridas la accesibilidad al sistema y a la resolución de problemas, así como la preservación de los derechos de las personas. Se puede resaltar de esta modalidad de prestación del servicio de salud que representa diversas ventajas para la persona con heridas crónicas, pues permite evitar el desplazamiento a la clínica, así como recibir atención y orientación a sus necesidades en los distintos procesos, técnicas y actuaciones de cuidado.

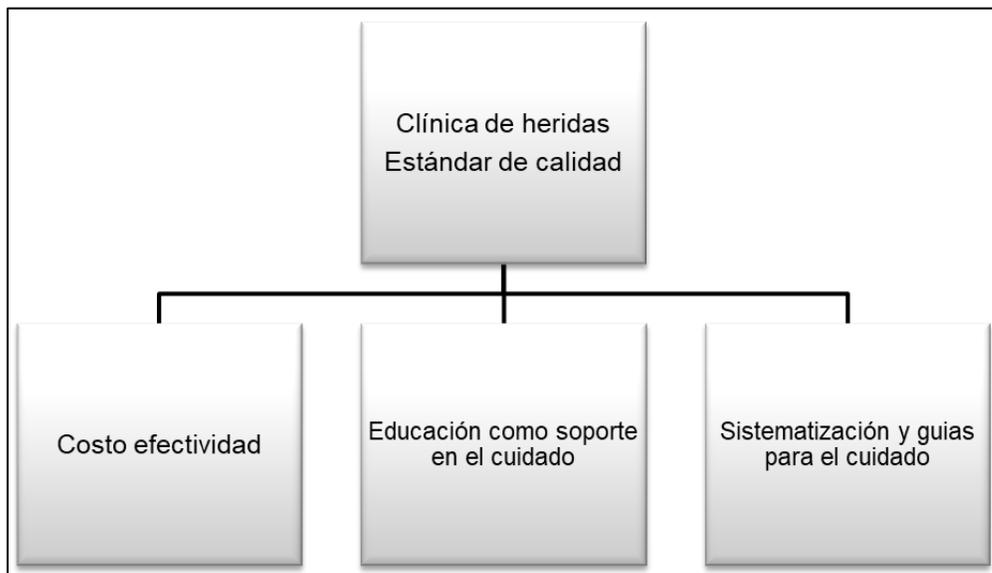
4.1.8 Estándar de calidad para las clínicas de heridas

A continuación, a modo de síntesis, se presenta en el Gráfico 4-10 una representación gráfica de los hallazgos relevantes derivados de la revisión. A través de este gráfico, se busca destacar los aspectos más importantes con los que debe contar una clínica de heridas, destacando que estos tres componentes (costo efectividad, educación como soporte de cuidado y sistematización y guías para cuidado) dan luz para la estructuración

de una propuesta que promueva servicios de calidad, reiterando que los mismos se construyeron a partir de la visión teórica de Donabedian y apoyándose al mismo tiempo en la revisión de la literatura, en la cual se sustenta la importancia de cada uno de las dimensiones interpersonal, técnica y del entorno.

Todo lo anterior busca facilitar a las clínicas de heridas una guía que les permita evaluar su estructuración presente y reorientar el servicio de manera que el paciente que padece de algún tipo de heridas sea el centro de cada profesional que imparte atención.

Gráfico 4-10: Estándares para las clínicas de heridas según revisión de literatura



Fuente: elaboración propia.

4.2 Resultados de segunda fase (caracterización de las clínicas de heridas)

Tal y como se describe en el marco de diseño, para desarrollar el presente estudio se aplicó una encuesta a diferentes profesionales e instituciones que prestan el servicio de cuidado de personas con heridas, llevada a cabo entre los meses de mayo y junio de 2020 y donde se reunieron insumos informativos concluyentes que permitieron caracterizar, por primera vez, las clínicas que prestan estos servicios en Colombia. De esta forma, posterior a la revisión de la literatura, fue posible comparar y establecer cuáles son los aspectos relevantes principales con los cuales debe contar cualquier

establecimiento que quiera brindar este servicio, de manera que dicha actividad deje de ser un quehacer más de la profesión y se encuentre identificado, estandarizado y caracterizado, a fin de garantizar a cada usuario un servicio de calidad.

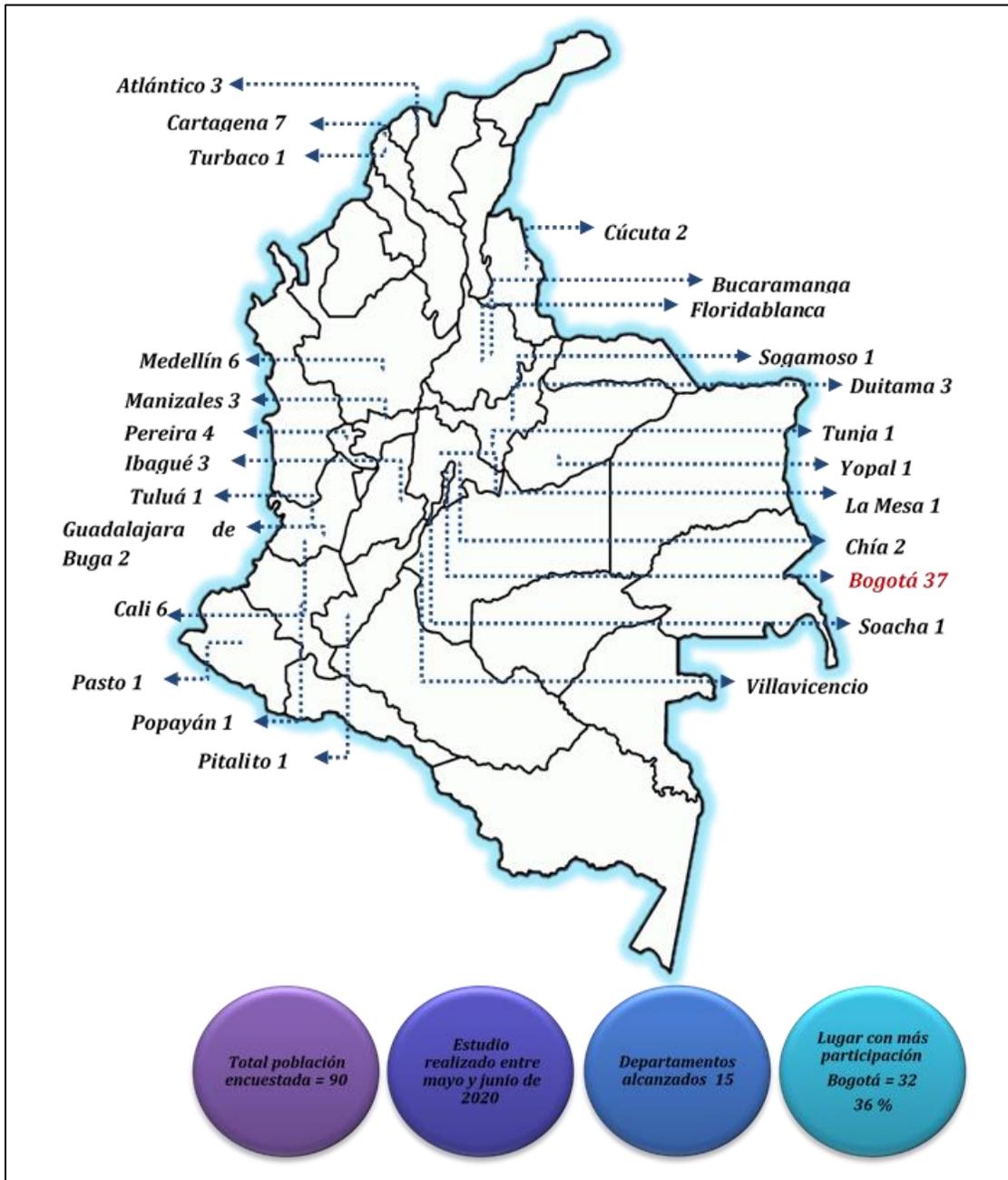
4.2.1 Resultados generales de la encuesta

El instrumento es una encuesta titulada *Caracterización de consultorios de enfermería habilitados en Colombia, dedicados al cuidado de personas con heridas de mayo a junio 2020*. En cuanto a los resultados generales, la encuesta fue diligenciada por 97 participantes, siguiendo el rigor metodológico de los criterios de inclusión planteados para el estudio. No obstante, de estas encuestas, se excluyeron 7 atendiendo a los siguientes argumentos: encuesta no cumplía el factor de inclusión, no correspondía al territorio nacional colombiano, pertenecían a la misma institución o duplicados. Finalmente, se incluyeron y analizaron 90 encuestas provenientes de 15 departamentos distintos de Colombia.

A continuación, en el Gráfico 4-11, se presenta un resumen en términos geográficos para atender a los detalles de participación y resultados obtenidos para el análisis. El mapa de Colombia permite evidenciar la distribución de las clínicas de heridas a través del territorio nacional; además, es preciso notar que en Bogotá se concentra el mayor número con 32 clínicas, lo que corresponde al 37%, seguida por ciudades como Cartagena con 7 unidades, Medellín con 6, Cali con 5 y el resto de las ciudades de 1 a 3.

Estos datos coinciden con la revisión de literatura, en la cual, según el *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia (54)*, Bogotá es la ciudad más poblada de Colombia con 7'181.569 habitantes, lo que explica la mayor cantidad de clínicas en este territorio. Además, el REPS registró, para abril de 2019, que allí se generaban alrededor del 15.4% de las atenciones del país, con 2.892 IPS.

Gráfico 4-11: Distribución de las clínicas de heridas en Colombia



Fuente: elaboración propia.

4.2.2 Resultados y discusiones según preguntas y dimensiones

Los siguientes resultados, además de mostrar los datos hallados, también involucrarán afirmaciones del investigador sustentadas en evidencia tomada de la fase anterior de la investigación. Así, atendiendo a la pertinencia de los componentes de calidad en atención sanitaria, a partir de la visión de Donabedian, las preguntas se agruparon como se muestra a continuación (la encuesta se encuentra disponible en el Anexo 2):

- *Componente interpersonal:* preguntas 1, 2, 3, 5, 16, 17, 18, 19, 20 y 21.
- *Componente técnico:* preguntas 4, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24 y 25.
- *Componente del entorno:* preguntas 6, 8, 10 y 11.

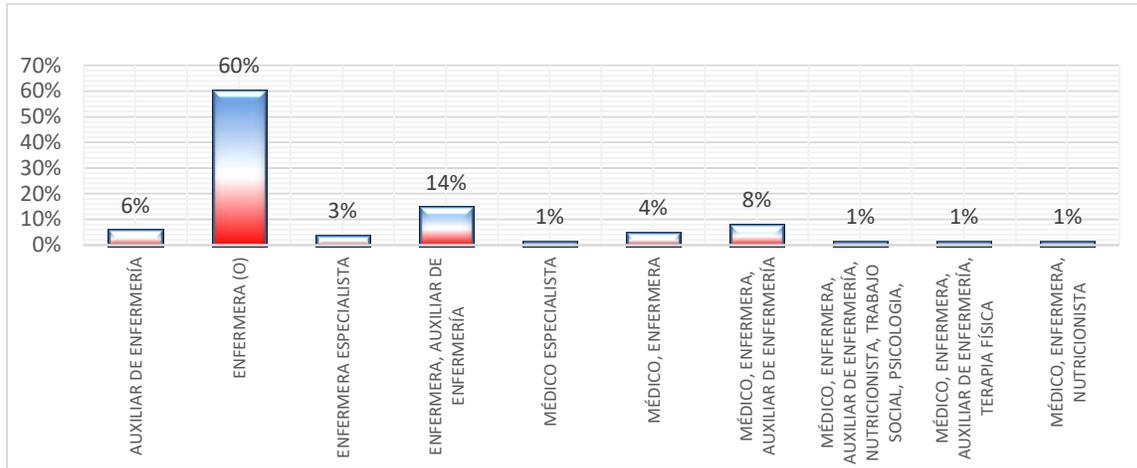
Al agrupar los ítems según su componente, se puede notar que las preguntas 6, 8, 9 y 23 no se tuvieron en cuenta. Esto se debe a que, por los hallazgos, se consideraron poco útiles y no representaban aportes significativos al estudio.

▪ Preguntas del componente interpersonal

1. *Pregunta 1 ¿Qué personal de área de la salud atiende al paciente con heridas?*

los encuestados respondieron en un 93% que las clínicas de heridas en Colombia tienen una enfermera como parte principal del equipo, seguida de 6% un auxiliar de enfermería y 1% de un médico (Gráfico 4-12). Esta da indicios del empoderamiento que tiene la profesional de enfermería, por lo que es posible afirmar que los profesionales de este campo deben contar indudablemente con las competencias de cuidado, calidad, liderazgo y gestión (48), dado que son habilidades que poseen los profesionales de la rama con más experiencia.

Gráfico 4-12: Resultados de pregunta 1: ¿qué personal de área de la salud atiende al paciente con heridas?



Fuente: elaboración propia.

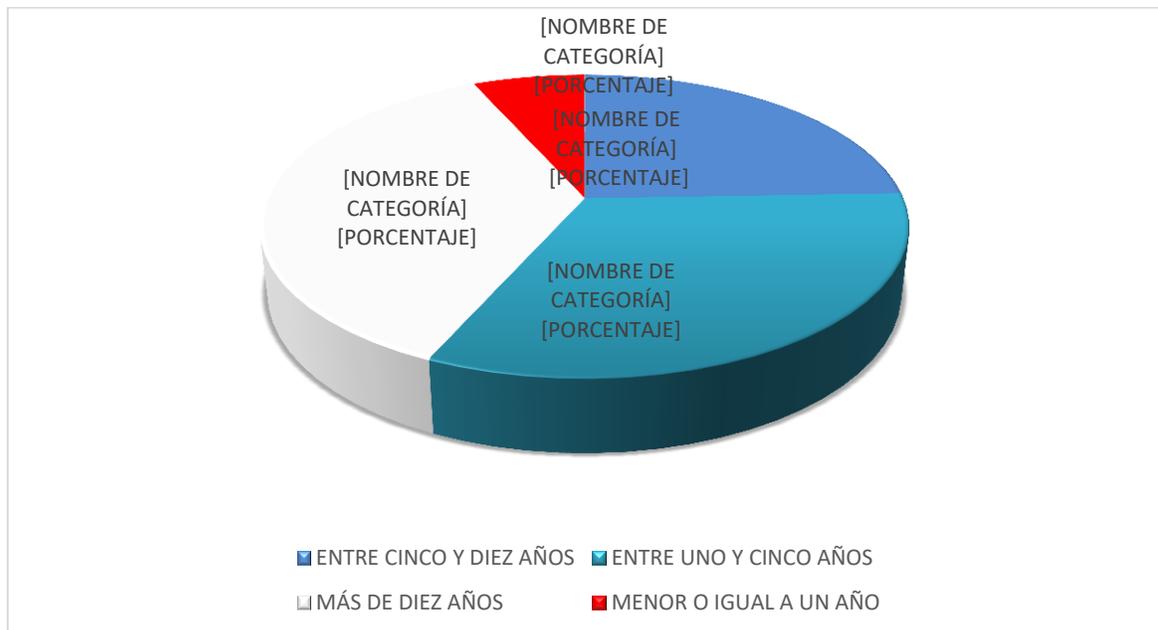
▪ *Pregunta 2*

Respecto a la pregunta sobre el tiempo de experiencia que tiene la persona que realiza la curación y el cuidado del paciente con heridas, los resultados muestran que más del 61% de la población encuestada cuenta con un mínimo de 5 años de experiencia (véase el Gráfico 4-13), indicador de que los profesionales de enfermería que lideran actualmente las clínicas de heridas en Colombia cuentan con vasta experiencia para el desarrollo de sus labores, lo que redundará en la calidad de atención que reciben los pacientes.

Así mismo, tal como se halló en la literatura según el documento de posicionamiento (46), la enfermera es un profesional de amplios conocimientos, habilidades y actitudes, con capacidad para la toma de decisiones en relación con las heridas crónicas y basadas en las mejores evidencias disponibles.

En virtud de lo anterior, dicho requisito es clave para la caracterización de las clínicas, puesto que apunta al entorno interpersonal planteado por Donabedian. Por lo tanto, y como se mostró en la fase 1 de la investigación, un factor que da cuenta de los servicios de calidad es la experticia, más aún cuando de la integridad de las personas se trata.

Gráfico 4-13: Resultados de pregunta 2: ¿la persona que realiza la curación y el cuidado del paciente con heridas tiene experiencia en este campo?

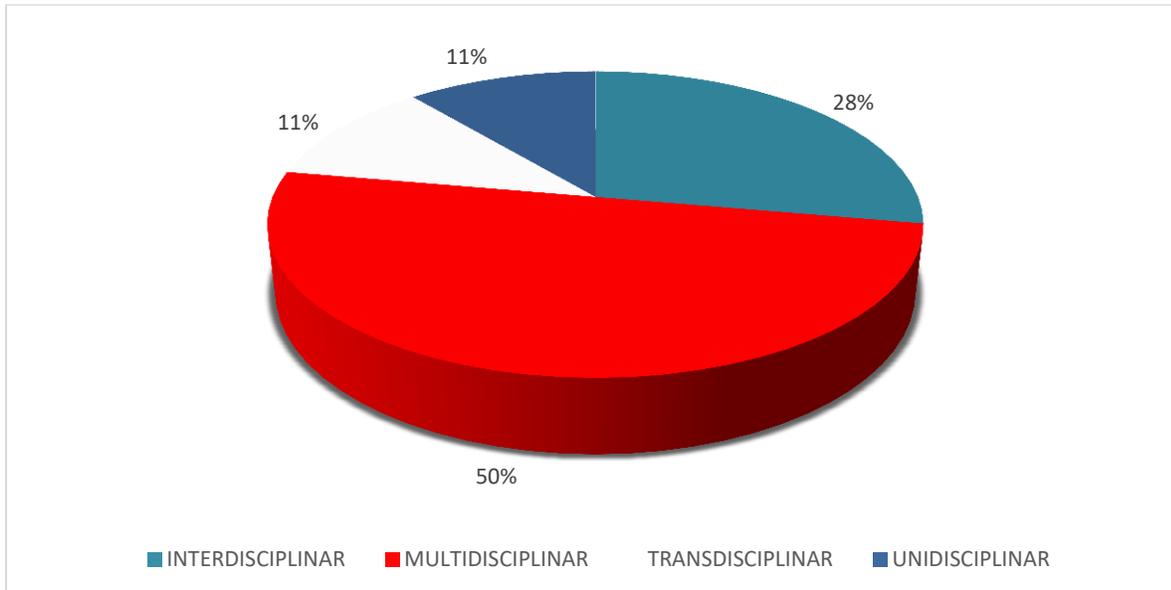


Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 3*

Frente a la pregunta de si consideraban que el grupo de trabajo era unidisciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar o transdisciplinar, los resultados muestran que el 89% de los participantes trabajan en equipos que incluyen más de una disciplina (Gráfico 4-14), lo que favorece el cuidado centrado en el paciente.

Esto se relaciona con los hallazgos de la literatura, pues como menciona Zapata Pulgarín (12) los equipos multidisciplinarios mejoran la atención de los pacientes, lo que redonda significativamente en la cicatrización de heridas y reduce la gravedad del dolor asociado a estas, lo que permite un cuidado holístico, a la par que se construye conocimiento mediante la interacción entre diversas disciplinas al momento de la prestación del servicio, siendo esta una de las premisas de Donabedian en su componente interpersonal.

Gráfico 4-14: Resultados de pregunta 3: ¿considera que su equipo de trabajo es?

Fuente: elaboración propia.

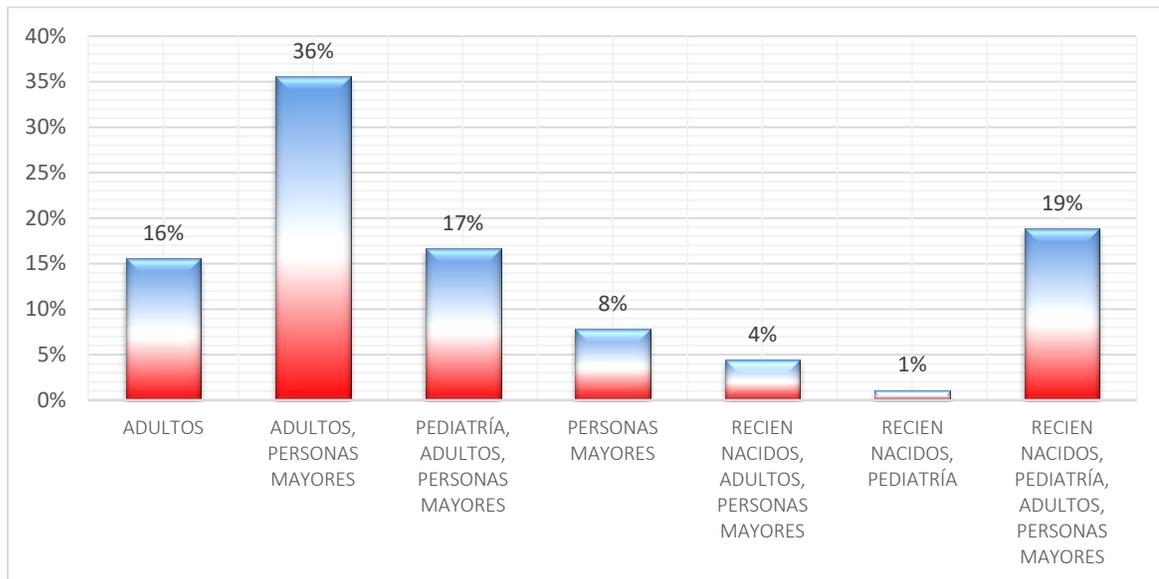
▪ *Pregunta 5*

Respecto al tipo de pacientes que atienden los profesionales, se encontró que el 57% eran adultos, 41.11% eran pediátricos y el 5.55% pacientes recién nacidos (Gráfico 4-15). Esto permite evidenciar que, si bien el personal tiene conocimientos para el cuidado de adultos y niños, es muy bajo el conocimiento de cuidado en pacientes con heridas en recién nacidos, lo que resulta en una oportunidad para la creación de programas de formación en este campo para las universidades en Colombia.

Con este panorama, y en torno a los hallazgos del estudio, en Colombia se encontraron siete universidades que realizan educación formal frente a la atención en heridas, al igual que organizaciones como ASCECOHE, FUNDEPIEL, Grupo Antioqueño para el Cuidado Integral del Paciente con Heridas (GACIPH), entre otros.

Dichas organizaciones se han especializado en generar acciones multidisciplinarias encargadas de promover el cuidado de la piel desde la prevención hasta el tratamiento de las lesiones más complejas, fortaleciendo la investigación y manteniendo actualizados los procesos respecto a las mejores prácticas de cuidado de enfermería en personas con heridas, lo que naturalmente apunta a mejorar en la calidad de la atención.

Gráfico 4-15: Resultados de pregunta 5: ¿a qué población va dirigida la atención?



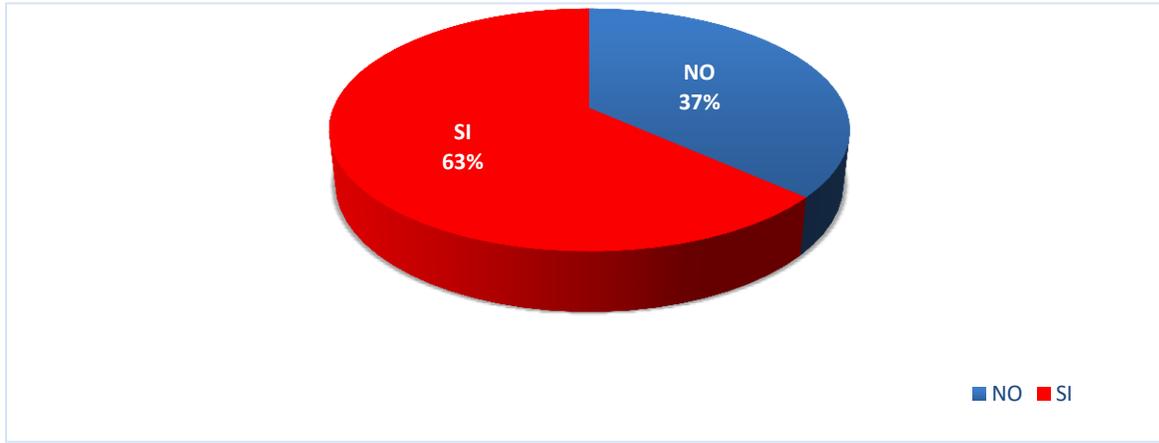
Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 16*

Frente a la pregunta sobre si la clínica cuenta con convenios con instituciones educativas, los resultados muestran que el 63% de las clínicas de heridas cuentan con ellos, lo que posibilita que el personal en entrenamiento conozca y aplique los cuidados de personas con heridas, con insumos de alta tecnología y aplicando protocolos y guías que permitan entrenar al personal con índices de calidad (Gráfico 4-16).

Gráfico 4-16: Resultados de pregunta 16: ¿la institución tiene convenios con instituciones educativas?

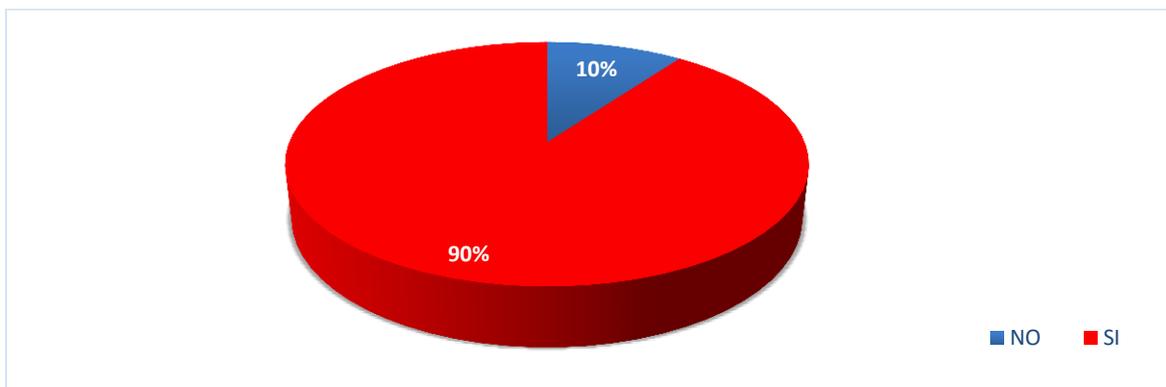
Fuente: elaboración propia.



▪ *Pregunta 17*

Frente a la pregunta sobre si en el año 2019 asistió a alguna capacitación, curso o congreso de heridas, los resultados muestran que para el 2019 el 90% de los participantes que trabajaron al cuidado de personas con heridas se capacitaron (Gráfico 4-17), es decir, que los profesionales se encuentran interesados por la actualización. Dicha característica resulta fundamental en los líderes y en el grupo de trabajo de las clínicas de heridas, además de ser un componente principal que atiende a los componentes que sugiere Donabedian para garantizar la prestación de servicios de calidad.

Gráfico 4-17: Resultados de pregunta 17: ¿en el año 2019 asistió a alguna capacitación, curso o congreso de heridas?



Fuente: elaboración propia.

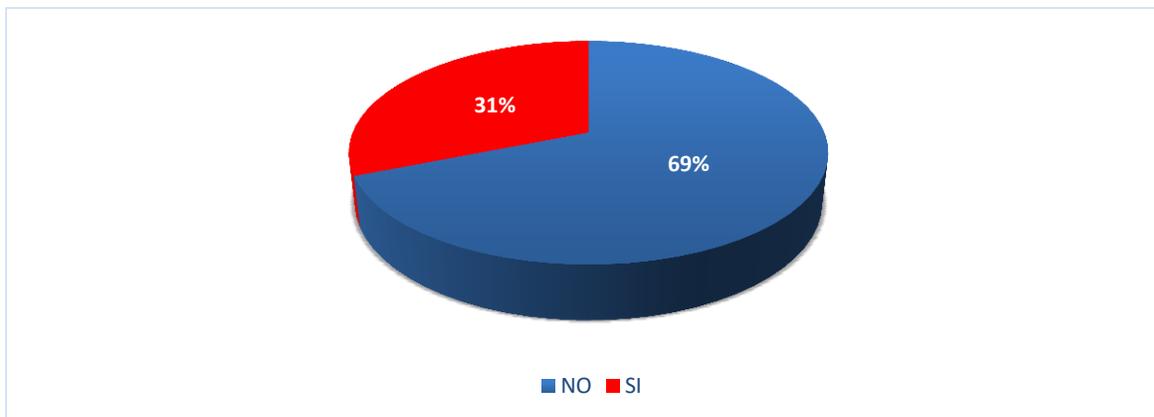
Lo anterior corrobora lo descrito en diversos estudios realizados en Colombia en 2018 en lo que respecta a la actualización del uso de tecnología avanzada, por lo que se requiere continuar con las capacitaciones dirigidas a los profesionales de enfermería, de manera que se permita la actualización en valoración de las heridas, preparación del lecho, descripción de tipos, composición, mecanismos de acción de apósitos y otros insumos y técnicas para el tratamiento de la persona con heridas, con miras a mejorar su bienestar y calidad de vida (55). Ahora bien, es pertinente y favorable que toda clínica de heridas trabaje por adoptar distintas tecnologías, pues esto ayudará a posicionar favorablemente la unidad de servicio.

▪ *Pregunta 18*

Frente a la pregunta sobre si pertenece o se encuentra asociado a alguna organización de educación en cuidado de la persona con heridas, llama la atención que el 68.89% de los participantes respondieron que no (Gráfico 4-18).

Teniendo en cuenta que estas agremiaciones promulgan dentro de sus objetivos la educación continua, la actualización en las mejores prácticas de cuidado basadas en la evidencia y que en Colombia existen varias organizaciones, la cifra llama la atención, por lo que es evidente que existe una oportunidad de mejora al respecto, toda vez que al promover servicios de calidad es indispensable estar a la vanguardia en conocimiento, dado que esto repercute directamente en las vidas de personas. Esto deja en claro que en las dimensiones de calidad para las clínicas de heridas debe constituirse como requisito el pertenecer por lo menos a una agremiación nacional o internacional.

Gráfico 4-18: Resultados de pregunta 18: ¿pertenece o se encuentra asociado a alguna organización de educación en cuidado de la persona con heridas?

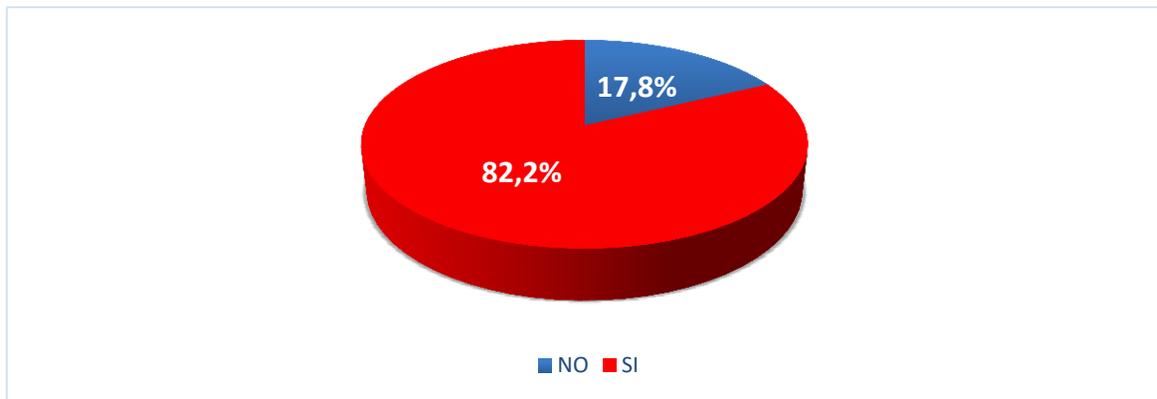


Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 19*

En contraste, la pregunta sobre si recibe capacitación continua y actualizada sobre el cuidado y manejo de las personas con heridas a través de algún medio electrónico arroja como resultado que el 82.22% de los participantes sí recibieron este tipo de formación (Gráfico 4-19). De lo anterior, se pueden notar dos aspectos relevantes: por un lado, el beneficio de las plataformas tecnológicas garantiza la actualización de los profesionales y, por otro lado, las entidades se interesan por mantener esta característica en el recurso humano que contratan. Este hallazgo resulta fundamental para la propuesta, en la cual se debe estimar que los trabajadores deben recibir capacitación y actualización documentada en el manejo de heridas.

Gráfico 4-19: Resultados de pregunta 19: ¿recibe capacitación sobre el cuidado y manejo de las personas con heridas a través de algún medio electrónico?

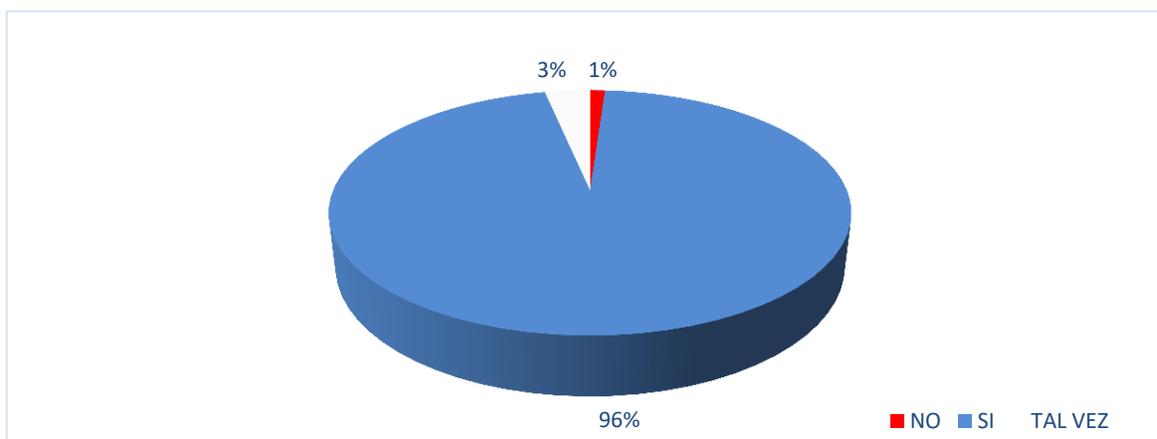


Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 20*

Frente a la pregunta “está usted interesado en recibir capacitación o aumentar sus conocimientos en el cuidado de las personas con heridas”, los participantes indicaron en un 96% que sí estarían dispuestos. Esto augura equipos de personas preparadas, dispuestas a servir en los mejores términos a cada paciente. Además, esto abre campo en la educación formal para que las instituciones de educación superior continúen implementando programas de formación en cuidado de pacientes con heridas.

Gráfico 4-20: Resultados de pregunta 20: ¿está interesado en recibir capacitación o aumentar sus conocimientos en el cuidado de las personas con heridas?

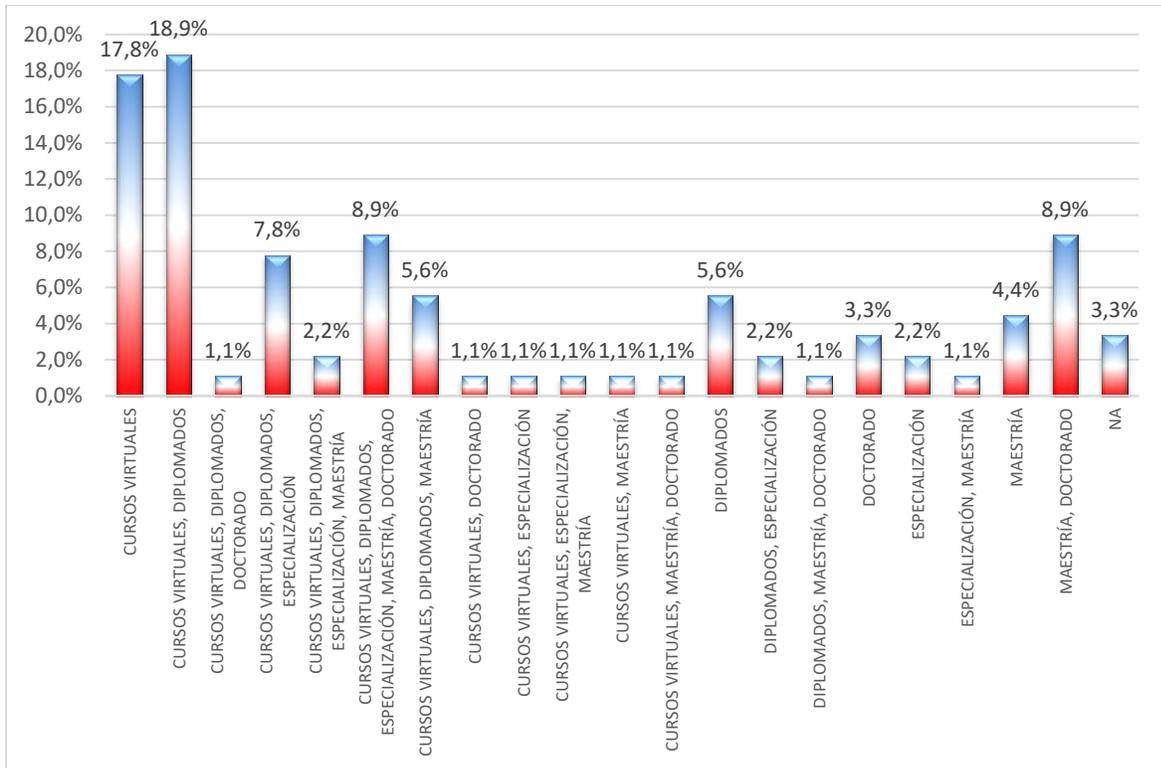


Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, en cuanto a lo que se refiere a temas de actualización profesional y diferentes modalidades de educación, el 67.8% de las personas encuestadas manifestó que prefiere recibir educación virtual, mientras que el 32.2% indica que estaría interesado en realizar diplomados, especializaciones, maestrías o doctorados (Gráfico 4-21).

Cabe resaltar que el 100% de los participantes manifestó la importancia de mantenerse actualizado en lo que respecta a su profesión, lo que es indicador a futuro de una mejora continua en los resultados en términos de calidad de la prestación de los servicios.

Gráfico 4-21: Resultados específicos de la pregunta 20 agrupada: ¿está interesado en recibir capacitación o aumentar sus conocimientos en el cuidado de las personas con heridas?



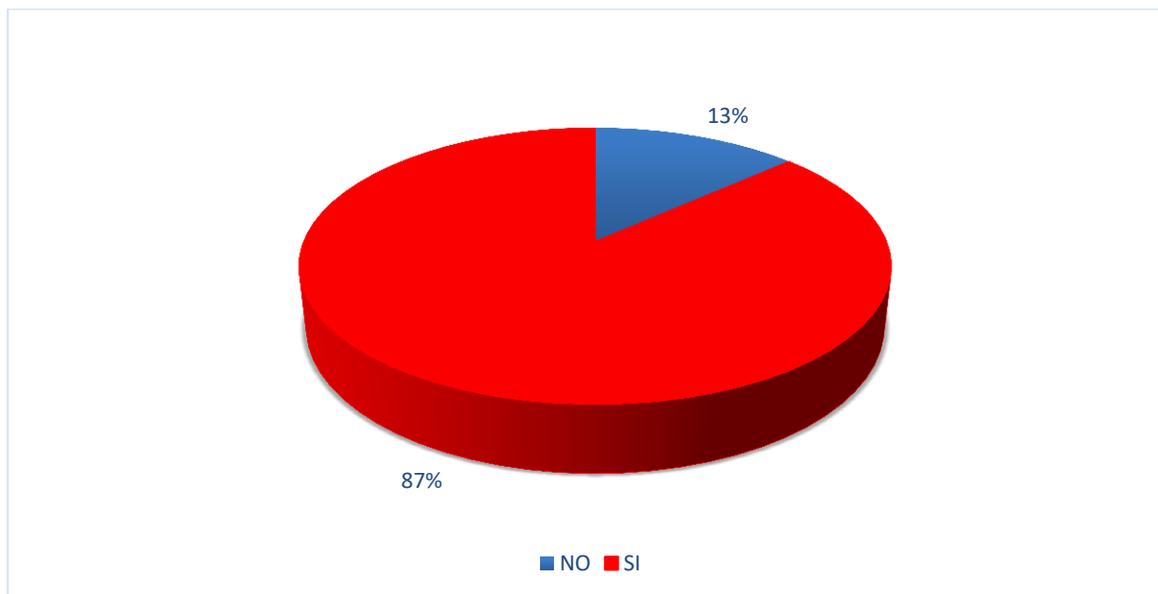
Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 21*

Atendiendo a los temas de la actualidad en relación con el COVID-19, la pregunta sobre si ha recibido capacitaciones sobre bioseguridad para la atención de pacientes con diagnóstico positivo de coronavirus, los resultados muestran que el 87% de las personas han recibido capacitación en temas de bioseguridad, principalmente en atención de pacientes positivos para COVID-19 (Gráfico 4-22).

Lo anterior da muestra del cumplimiento que las entidades prestadoras de servicios de salud le están dando a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social; sin embargo, es pertinente mencionar que no todas las clínicas cuentan con la formación que se requiere para atender la emergencia, lo que merece una observación y recomendación para estos recintos respecto a eventos futuros, de manera que para el administrador o gerente las condiciones de bioseguridad deben ser prioridad, pues el servicio depende del recurso humano y es fundamental que los protocolos de seguridad se atiendan de forma pertinente y oportuna en todo momento.

Gráfico 4-22: Resultados de pregunta 21: ¿Ha recibido capacitaciones sobre bioseguridad para la atención de pacientes con diagnóstico positivo de COVID-19?



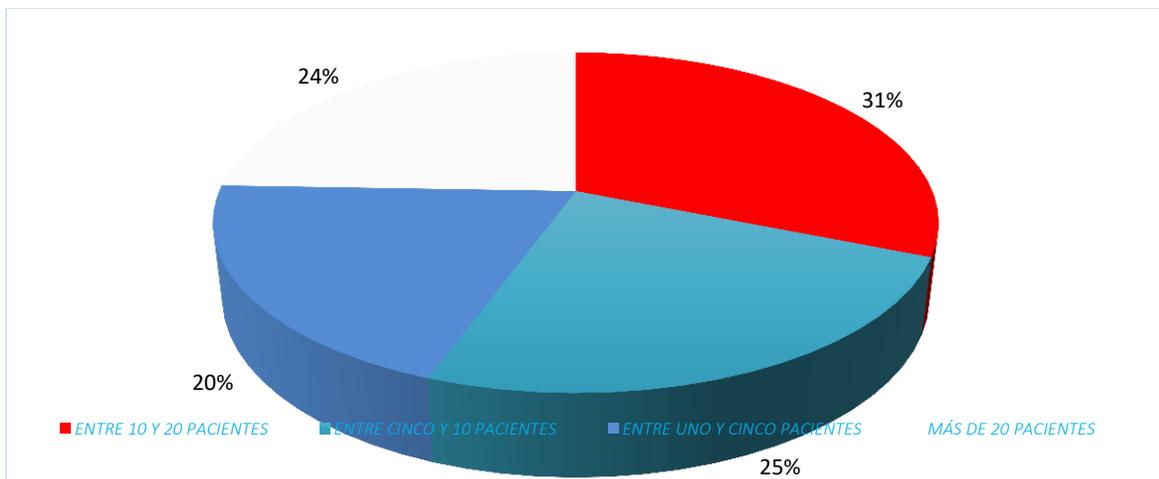
Fuente: elaboración propia.

▪ Preguntas del componente técnico

▪ *Pregunta 4*

Atendiendo a los resultados de la pregunta 4 sobre el número de pacientes atendidos diariamente, los resultados muestran que el 55% de los servicios atienden diariamente más de 10 pacientes (Gráfico 4-23), lo que indica que hay un comportamiento de demanda positivo para el sector. Si bien en la literatura no se encontró ningún aspecto relevante al respecto, es claro que, dependiendo de la complejidad, los pacientes requieren un mayor o menor tiempo de cuidado y atención, es decir que lo que indica también Donabedian en su componente de entorno es una guía acerca de cómo se debe complementar el componente técnico mediante el recurso humano, la suficiencia y la pertinencia de este para brindar un trabajo humanizado y de calidad.

Gráfico 4-23: Resultados de pregunta 4: en su consulta o área de trabajo considera que atiende diariamente...



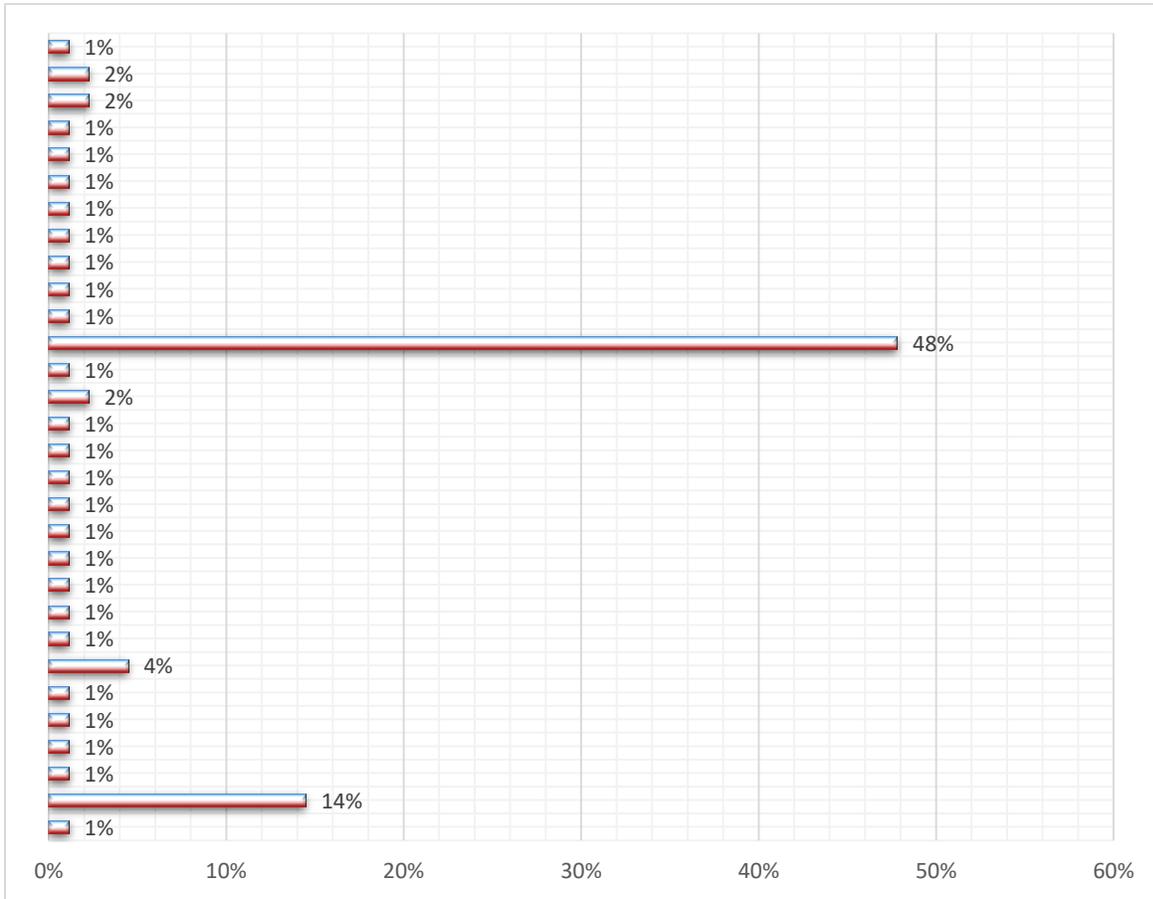
Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 7*

Sobre las respuestas acerca del tipo de lesiones atendidas en las clínicas, estas fueron objeto de agrupación para su interpretación, debido a la diversidad de respuestas que se encontraron. Así, el 89% de los participantes brindan cuidados a personas con heridas de cualquier etiología y en cualquier parte de cuerpo (Gráfico 4-24), lo que denota el interés,

la experticia y el conocimiento que tienen los profesionales que participaron en el estudio, además del conocimiento interdisciplinar que esto requiere, lo que confirma una vez más que, en el plano real, este es el tipo de escenario que enfrentan los profesionales de enfermería y para el cual deben prepararse.

Gráfico 4-24: Resultados de pregunta 7: la clínica de heridas atiende personas con lesiones por...



Fuente: elaboración propia.

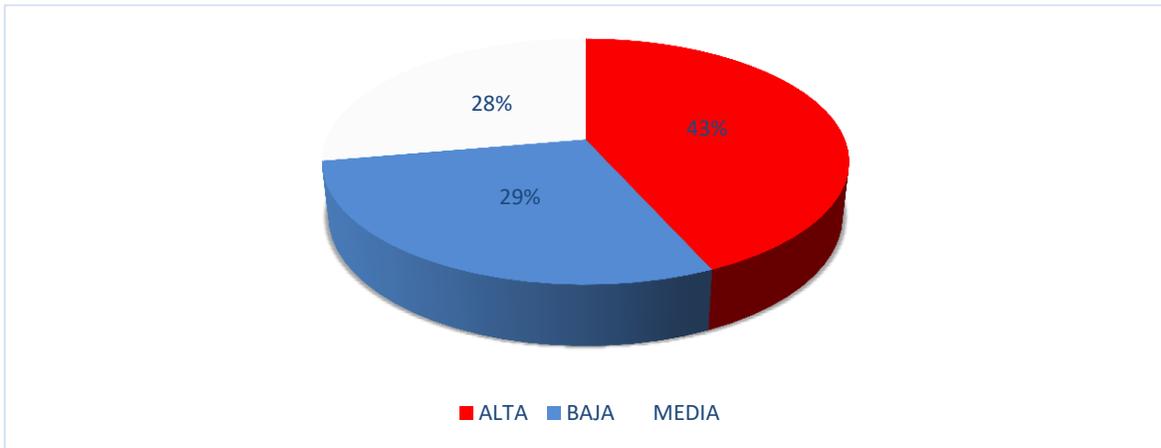
▪ *Pregunta 12*

Frente al nivel de complejidad del servicio de salud ofrecido, se observa que el 71.11% de los pacientes atendidos están entre media y alta complejidad (Gráfico 4-25). Si se coteja con que la utilización de insumos de alta tecnología se encuentra en un 91%, permite evidenciar que indistintamente de la complejidad los pacientes están siendo tratados con calidad, como lo sugiere Donabedian en su dimensión técnica.

Vale advertir que en Colombia la enfermera es líder en el cuidado de heridas y emplea materiales e insumos de alta calidad en la medida de lo posible, lo que repercute en una mejor recuperación de los pacientes de mediana o alta complejidad, a un menor costo y

en menor tiempo. Esta recomendación es clave para brindar atención en salud de alta calidad.

Gráfico 4-25: Resultados de pregunta 12: la modalidad de prestación de los servicios de salud es:

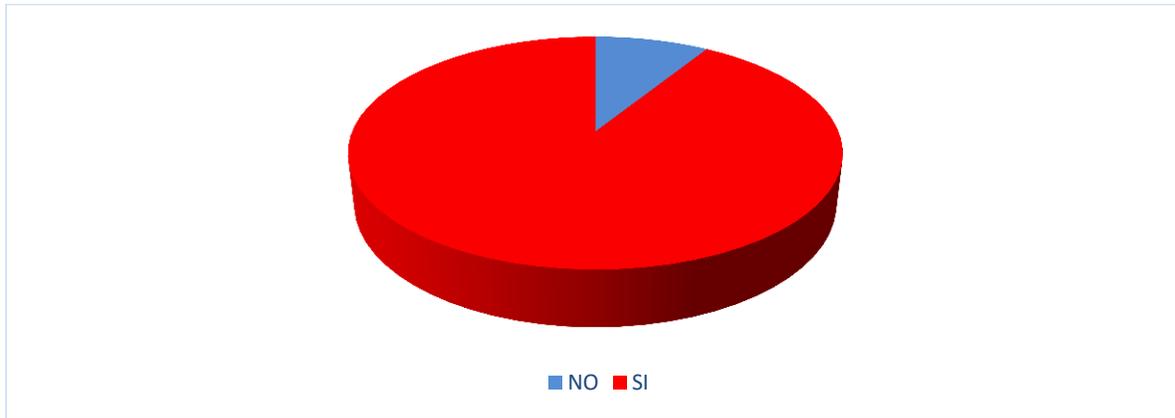


Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 13*

Frente a si el tratamiento de las personas con heridas se realiza con insumos de alta tecnología, el 91% de los participantes refirieron que sí (Gráfico 4-26), lo que indica una prestación de servicio con calidad, teniendo en cuenta el componente técnico según la caracterización de Donabedian. Esto coincide con lo mencionado por Zapata Pulgarín (12), quien manifiesta que la implementación de clínicas de heridas con un equipo trae resultados clínicos y económicos mejores gracias a una tasa de curación más alta, menor número de amputaciones, menor permanencia en el hospital, menores reingresos, mejor calidad de vida y ahorro de costos.

Gráfico 4-26: Resultados de pregunta 13: ¿el cuidado de las personas con heridas se realiza con insumos de alta tecnología?

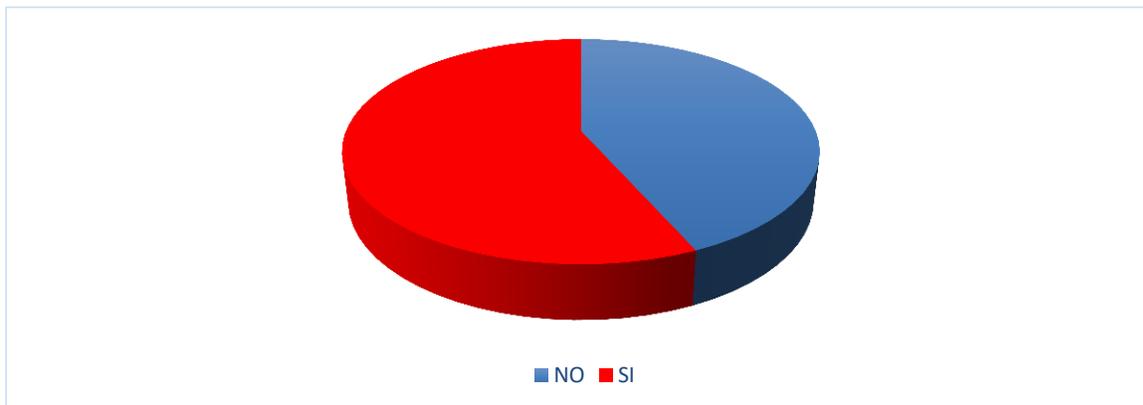


Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 14*

Sobre la pregunta de si realiza aplicación y cambio de terapia VAC (cierre asistido por vacío), un 56,67% de los participantes respondió que sí (Gráfico 4-27). Si bien esto indica que los beneficios de esta tecnología se están aprovechando en beneficio de los pacientes, también hay una oportunidad de aprendizaje de un 43.33%.

Gráfico 4-27: Resultados de pregunta 14: ¿realiza aplicación y cambio de terapia VAC?



Fuente: elaboración propia.

- *Pregunta 15*

Frente a la pregunta de si la institución cuenta con protocolos y guías de manejo para personas con heridas, el 92% de los encuestados contestó que sí (Gráfico 4-28), lo que sin duda repercute en la calidad de la atención de los pacientes. Sin embargo, es necesario hacer evidente la oportunidad de que las consultas de clínicas de heridas pueden iniciar el camino a las curaciones con guías basadas en la evidencia, ya sean adaptadas, convalidadas o creadas con el debido proceso.

Gráfico 4-28: Resultados de pregunta 15: ¿la institución cuenta con protocolos y guías de manejo para personas con heridas?

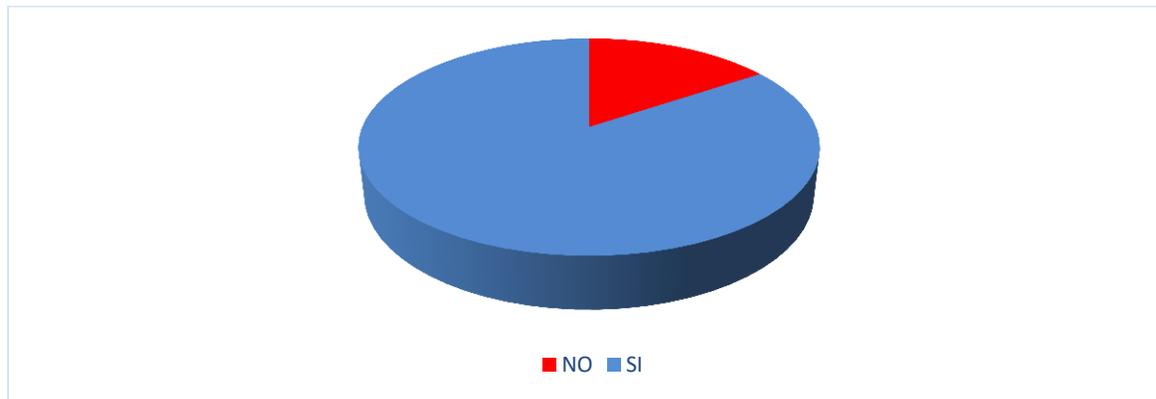


Fuente: elaboración propia.

- *Pregunta 22*

En cuanto a la pregunta “¿su institución tiene protocolos de bioseguridad para la atención de pacientes con heridas con diagnóstico COVID-19?”, el 75% de los manifestó que sí (Gráfico 4-29), lo que muestra cómo hay congruencia entre el personal que recibe capacitación y el tener los protocolos. Esto evidencia cómo los líderes en enfermería se preocupan por mantener actualizados sus procesos como líderes de las clínicas de heridas en Colombia, estando a la vanguardia como lo sustenta la literatura, que indica que la práctica de enfermería, especialmente en países desarrollados, está viviendo un cambio importante en la clínica, debido al desarrollo de nuevos roles y competencias encaminados a reajustar el abordaje de la salud (56).

Gráfico 4-29: Resultados de pregunta 22: ¿ha recibido capacitaciones sobre bioseguridad para la atención de pacientes con diagnóstico positivo de COVID-19?

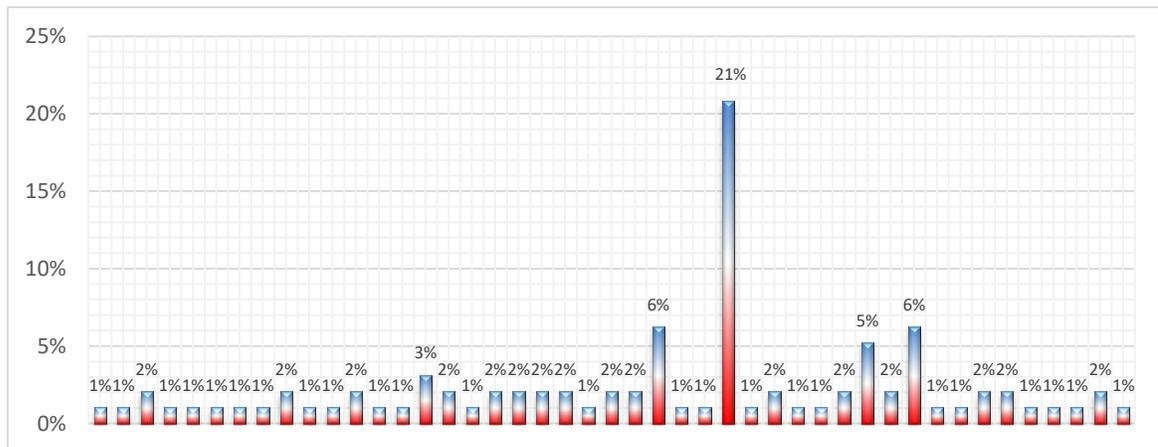


Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 24*

Frente a los elementos de protección personal para minimizar el riesgo de transmisión de COVID-19, los profesionales manifestaron que cuentan con algún EPP (Gráfico 4-30), lo que permite evidenciar que se cumple con lo establecido en la normatividad colombiana. Sin embargo, en el presente estudio no se planteó cuáles deberían ser los elementos mínimos con los que se debería contar para la prestación de los servicios, lo que genera un vacío en el conocimiento, pero se deja planteado lo importante que resulta contar en el contexto actual con los elementos de protección que permitan brindar una atención con calidad en relación con el cuidado del paciente y del personal que los atiende.

Gráfico 4-30: Resultados de pregunta 24: elementos de protección personal para minimizar el riesgo de transmisión de COVID-19

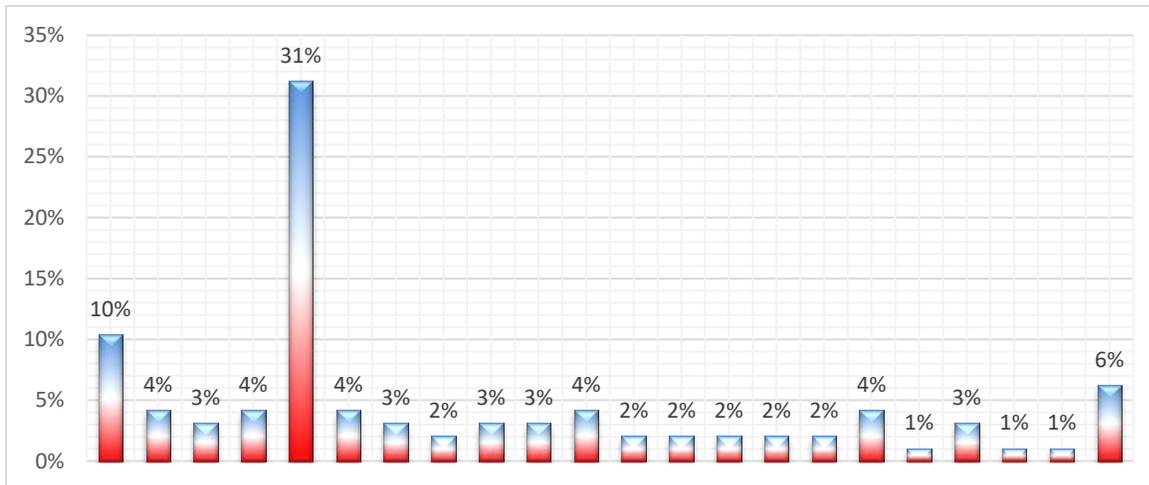


Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 25*

Sobre la pregunta relativa al conocimiento de normas para garantizar la seguridad del paciente, el 100% de los encuestados conocen por lo menos una norma de las establecidas por el sistema de salud colombiano para la prestación de estos servicios (Gráfico 4-31). De todas formas, se debe recomendar que el líder de las clínicas de heridas conozca la Resolución 3100 de 2019, en la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud, así como tener en cuenta las recomendaciones de las dimensiones de calidad para guías de las clínicas de heridas en Colombia.

Gráfico 4-31: Resultados de pregunta 25: ¿cuál o cuáles de las siguientes normas expedidas para garantizar la seguridad del paciente conoce?



Fuente: elaboración propia.

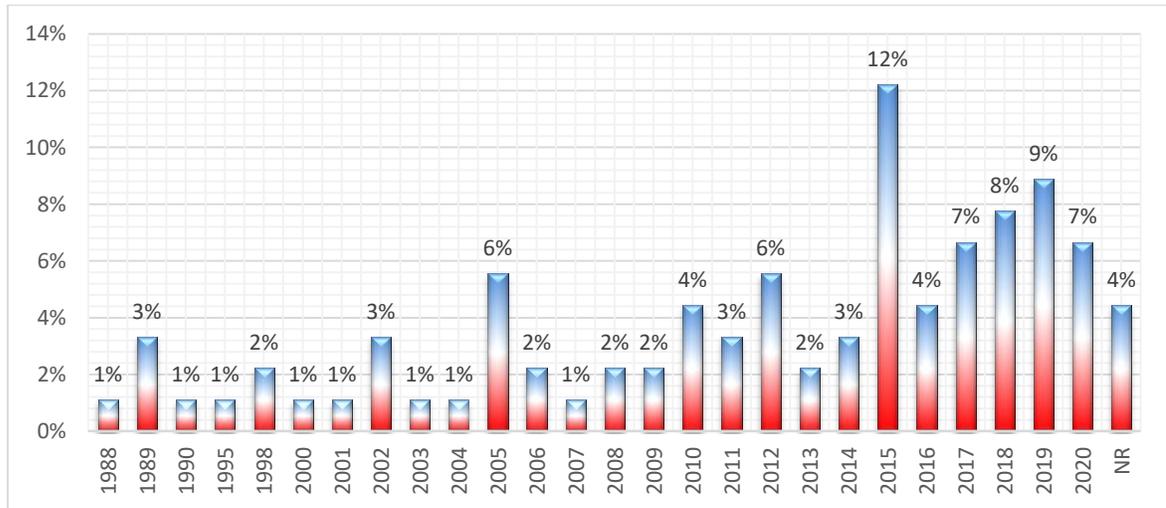
▪ Preguntas del componente entorno

▪ Pregunta 10

Sobre el año de inicio de labores, se evidencia un incremento en las clínicas de heridas en los últimos 26 años. Así, en los primeros 10 años, se incrementó en 17%, para los segundos 10 años, incrementó 32% y para los últimos 6 años incrementó al 47% (Gráfico 4-32), lo que indica que se pueden estar presentando distintas variables como mayor demanda de pacientes. Ahora bien, con base en la historia de las clínicas de heridas en Colombia y cómo se incorporaron técnicas y tecnologías más avanzadas (como la terapia húmeda o insumos de alta tecnología), es posible evidenciar que a través del tiempo los servicios han avanzado a nivel general, por lo que se requiere cada día seguir brindando servicios con calidad, oportunidad y eficiencia.

Esta es una de las razones por las cuales se propone una guía en la siguiente fase del estudio, ya que permitirá un camino hacia el cuidado basado en la evidencia. Lo anterior se fundamenta en la literatura trabajada, así como en el desarrollo de la práctica avanzada en enfermería, la cual ha supuesto un reto para enfermeras a nivel global, al punto de considerarse como un sistema que desarrolla nuevos roles que aportan mayor eficacia y eficiencia en el campo de la salud (56).

Gráfico 4-32: Resultados de pregunta 10: ¿en qué año inició labores el consultorio de cuidado de las personas con heridas donde se encuentra laborando actualmente?



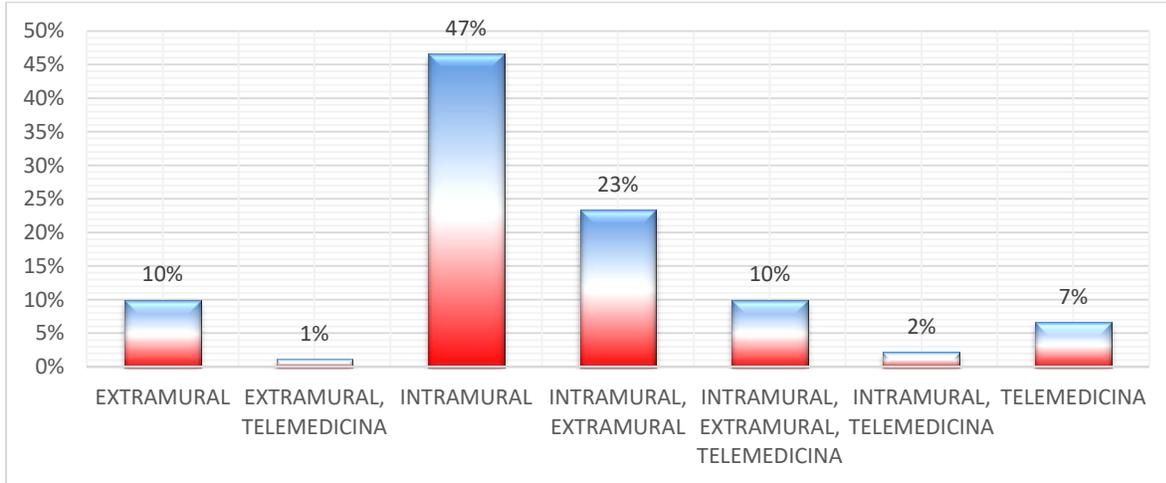
Fuente: elaboración propia.

▪ *Pregunta 11*

En cuanto a la modalidad de prestación de los servicios de salud, se observa una amplia tendencia hacia la intramural (82.2%) intramural, seguida por la extramural (44.44%) y finalmente la telemedicina (20%) (Gráfico 4-33). Esta última llama mucho la atención, debido a que es una atención novedosa y que en la revisión de la literatura se encontró que ofrecía grandes beneficios en el cuidado de heridas en países como Francia, en donde la red de heridas (CICAT) demostró que mediante recursos de telemedicina orientados a la atención de úlceras y otras heridas el 75% de estas mejoraron o sanaron (14).

En Colombia, la telemedicina en cuidado de las heridas es un campo nuevo, pero dadas las condiciones socioeconómicas y geográficas tan diversas del país, se dificulta que surjan nuevas posibilidades de atención en salud. Por lo tanto, en la propuesta de las dimensiones para las clínicas de heridas (la tercera fase de la investigación), se plantean recomendaciones para una buena práctica en telemedicina en cuidado de heridas, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Resolución 2654 de 2019 (39).

Gráfico 4-33: Resultados de pregunta 11: la modalidad de prestación de los servicios de salud es...



Fuente: elaboración propia.

4.2.3 Síntesis de los resultados de la encuesta

En Colombia, hay un mínimo de 90 clínicas de heridas registradas en REPS, principalmente en ciudades grandes como Bogotá, Cartagena, Medellín y Cali. De estas, el 93% son lideradas por una enfermera como parte del equipo, lo que da indicios del empoderamiento que tienen estos profesionales.

Asimismo, más del 61% de estas clínicas cuentan con un mínimo de 5 años de experiencia, el 89% trabajan en equipos multidisciplinarios y un 55% atienden diariamente más de 10 pacientes, entre adultos (57%), niños (41.11%) y recién nacidos (5.55%). Cabe resaltar que las clínicas de heridas encuestadas brindan cuidados a personas con heridas de cualquier etiología y en cualquier parte de cuerpo en un 89%, lo que muestra la experiencia y la experticia por parte del profesional.

El incremento en las clínicas de heridas en 26 años en Colombia ha sido significativo. Así, en los primeros 10 años, incrementó en 17%, para los segundos 10 años incrementó 32% y para los últimos 6 años incremento del 47 %, lo que indica posiblemente mayor demanda, y por ende mayor interés por parte de los líderes en enfermería por brindar servicios con calidad, oportunidad y eficiencia. Dentro de la modalidad de la prestación

del servicio, la intramural sigue siendo la más importante (82.2%), aunque la extramural (44.44%) y la telemedicina (20%) también se manifiestan como posibles opciones de atención en el país.

El nivel de complejidad de las heridas que presentan los pacientes que asisten a estas clínicas oscila entre media y alta, con un total entre ambas de 71.11%. Para su tratamiento, los resultados refieren que emplean insumos de alta tecnología en un 91%, lo que indica una prestación de servicios con calidad.

Entretanto, el 92% de los servicios cuenta con protocolos y guías de manejo, al igual que el uso de altas tecnologías como la terapia de sistema VAC (no invasiva, controlada, que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización en un medio húmedo), aplicada en un 56.67%. Esto demuestra que las tecnologías más recientes son de provecho para los pacientes; sin embargo, también hay una oportunidad de aprendizaje en este sentido de un 43.33%.

Frente a la formación y experticia de los profesionales de las clínicas de heridas, el 63% tienen convenios educativos; no obstante, el 68.89% de las personas que allí laboran respondieron que no pertenecen a ninguna organización que promulgue educación en el cuidado de heridas. En contraste, el 82.22% recibieron capacitación continua y actualizada sobre el cuidado y manejo de las personas con heridas a través de algún medio electrónico o presencial, lo que se complementa con que un 96% de los profesionales que atienden las clínicas de heridas están interesados en recibir capacitación o aumentar sus conocimientos en este sentido. Esto abre un campo en la educación formal para que se continúe implementando programas de educación en cuidado de pacientes con heridas.

En cuanto a la situación de salud actual, el 87% de las clínicas de heridas han recibido capacitación sobre bioseguridad en atención a pacientes con COVID-19. Así mismo, en general manifestaron que cuentan con algún equipo de protección personal si se deben enfrentar a una atención relacionada con el virus, lo que evidencia que se están cumpliendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que las disposiciones de la OMS. Finalmente, el 100% de los encuestados afirmaron conocer por

lo menos una norma de las establecidas por el sistema de salud para la prestación de estos servicios.

4.3 Resultados de tercera fase (propuesta)

Luego del análisis cualitativo de los 40 artículos de la revisión *scoping review* y de la categorización de las clínicas de heridas a partir de 90 encuestas correlacionadas con las dimensiones de calidad de Donabedian, la tercera fase consistió en elaborar la *Propuesta para las clínicas de heridas en Colombia bajo las dimensiones de calidad a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian*, teniendo en cuenta los hallazgos encontrados tanto en la fase 1 como en la fase 2 de este estudio. Dicha propuesta, para efectos prácticos, puede revisarse por completo en el Anexo 3 de este documento.

El objetivo de la propuesta elaborada es, entonces, facilitar a las clínicas de heridas un documento que les permita ofrecer un servicio de salud con una cultura de cuidado seguro, de calidad, integral, oportuno y eficiente, a costos razonables, propendiendo y priorizando en todo momento el trato humanizado y ajustado a los estándares nacionales e internacionales, bajo las pautas de calidad de la proposición teórica de Avedis Donabedian. Dicha propuesta está dirigida a todas las enfermeras/os líderes dedicadas al cuidado de manejo de heridas y a las instituciones que presten este tipo de servicios en sus tres modalidades de atención (intramural, extramural o telemedicina). La propuesta es, en síntesis, el resultado más importante del presente estudio, teniendo en cuenta que nunca en Colombia se había creado un documento formal que caracterizara las clínicas de heridas o realizara algún tipo de recomendación para estas en torno a componentes de calidad.

4.4 Discusiones finales

Vistos los resultados, queda en evidencia que la literatura mundial no es lo suficientemente amplia para el conocimiento relacionado con las heridas o con las clínicas que las tratan. Así mismo, el nivel de evidencia de las guías está dado principalmente a nivel local, lo que hace que cada país asuma el manejo de las heridas según la experticia, experiencia y nivel de conocimientos de los profesionales. Como bien lo respalda una revisión sistemática realizada en España (49), la práctica basada en la

evidencia (PBE) está fundamentada en tomar decisiones clínicas basándose en la recomendación que dan cuatro elementos: 1) la experiencia y el juicio clínico del profesional (evidencia interna); 2) las expectativas (demandas), preferencias y los valores de los usuarios; 3) los resultados de la investigación clínica (evidencia externa); y 4) los recursos sanitarios y humanos disponibles. Esto indica la necesidad de entablar políticas de educación que permitan a enfermería tener especialistas, magísteres y doctores que permitan crear nivel de evidencia científica para tener las guías de manejo actualizadas en el escenario de la práctica.”

Uno de los hallazgos particulares en la literatura fue la telemedicina en el cuidado de las personas con heridas. En este sentido, estudios sugieren una gran cantidad de beneficios potenciales de la telemedicina en el cuidado de heridas, aunque es importante tener en cuenta que en otros países, como los Estados Unidos, las restricciones legales y las preocupaciones de credenciales pueden hacer que la telemedicina sea extremadamente complicada en cuanto a limitaciones y barreras para la aplicación de la telemedicina en todos los entornos, incluido el diagnóstico excesivo, la dependencia de un sistema de telecomunicaciones funcional y varios aspectos legales (57).

Pese a lo anterior, queda claro que para países como Colombia se cuenta con un soporte normativo legal que reglamenta la telemedicina y orienta al equipo interdisciplinario cobijando al profesional de enfermería. Así mismo, ya se vienen realizando consultas sobre la educación y el tratamiento de heridas por enfermeras, como se demostró en la caracterización, en la cual un 20% de las clínicas de heridas están brindando este servicio. No obstante, se espera que en un futuro cercano se presenten resultados de la telemedicina en el cuidado de heridas en Colombia.

Finalmente, otro tema que genera discusión es la información sobre estudios sistematizados en el cuidado de heridas. En este sentido, en Escocia se realizó un estudio donde se encontraron deficiencias en la base de evidencia que sustenta el cuidado de heridas y en los vínculos entre la evidencia y la práctica, la prevalencia de la práctica ritualista y la educación estructurada en los niveles pre y post registro (58). Esto demuestra que no hay evidencia suficiente y que no se encuentran datos relevantes que permitan llegar a ella con suficiente validez, aspecto que genera incertidumbre y una gran preocupación, dado que las guías de manejo en heridas basadas en la evidencia son

necesarias, por lo que se extiende una invitación a los futuros investigadores en este contexto a que sigan investigando y registrando hallazgos que permitan tener una verdadera práctica basada en la evidencia.

Así mismo, en otro estudio realizado en Copenhague, se concluye que se requiere el desarrollo de sistemas de aprobación que se centren en los requisitos mínimos para un centro de tratamiento de heridas para apoyar el desarrollo de centros de heridas de alta calidad que brinden servicios de atención médica de acuerdo con la evidencia reciente de las mejores prácticas actuales (59). De este asunto surge el Proyecto de aprobación de *EWMA Wound Center*, que es el primer programa internacional de este tipo y que puede, en el futuro, apoyar el establecimiento de colaboración internacional y el intercambio de conocimientos sobre el desarrollo y mantenimiento de centros de heridas de alta calidad. En suma, el presente estudio descriptivo concuerda con estos aportes, deja puertas abiertas al conocimiento y realza la importancia de la calidad en el cuidado, como se viene sustentado en el presente trabajo (59).

5. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

5.1 Conclusiones

En general, se dio cumplimiento al objetivo general mediante la aplicación de un ejercicio metodológico que se adelantó en sus tres fases. Dicho diseño permitió llevar a cabo la propuesta para las clínicas de heridas en Colombia basada en una revisión de la literatura tipo *scoping review*, y la caracterización de las clínicas de heridas dedicadas al cuidado de personas con lesiones de la piel. Estas fases estuvieron atravesadas por las dimensiones de calidad propuestas por Donabedian en términos de calidad en la atención sanitaria, lo que permite con este trabajo aportar al conocimiento en los procesos de mejoramiento continuo, calidad y atención humanizada.

En orden de realización, en la primera fase, se realizó una revisión tipo *scoping review* en la que se identificaron algunas de las dimensiones de calidad a nivel mundial de las clínicas de heridas, datos que permitieron consolidar la teoría para el diseño de la propuesta. Así mismo, gracias a la revisión de literatura, fue posible recopilar y categorizar los artículos seleccionados, en torno a las categorías propuestas por Donabedian, de modo que se precisaron las características más importantes que deben tener las clínicas de heridas en el mundo, como lo son contar con líderes que tengan experticia en la labor del cuidado de las heridas; implementación del trabajo multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinar; formación avanzada para emplear los conocimientos de evidencia científica para los cuidados (en particular debido a la falta de estudios sistematizados en la práctica avanzada) y la utilización de las mejores tecnologías para mejorar los tratamientos para diversas patologías.

En la segunda fase, se describió y analizó que En Colombia hay un mínimo de 90 clínicas de heridas registradas en REPS. De estas, el 93% son lideradas por una enfermera como parte de equipo, lo que da indicios del empoderamiento que tiene esta profesión. Asimismo, más de un 61% de las clínicas cuentan con un mínimo de 5 años de experiencia, el 89% trabajan en equipos multidisciplinarios y el 55% atiende diariamente más de 10 pacientes entre adultos, niños y recién nacidos. Esta fase logro crear la base del conocimiento que permitió construir la primera caracterización de las clínicas de heridas en Colombia. A partir de ella, y en conjunto con la revisión de literatura, se establecieron las necesidades generales y específicas requeridas por estas unidades para ofertar servicios de calidad. A partir de ello y con las tres dimensiones de Donabedian, se pudo completar la tercera fase.

Ya, en la tercera fase, se logró diseñar una propuesta para las clínicas de heridas en Colombia bajo las dimensiones de calidad de Donabedian, las cuales permitieron aportar al conocimiento en los procesos de mejoramiento continuo, calidad y atención humanizada. La propuesta entonces es una guía que se encuentra respaldada en la literatura y en datos reales de las clínicas de heridas en el contexto colombiano, por lo que busca ser un punto de partida para que estas busquen mejorar la prestación de su servicio mediante recomendaciones de forma y fondo, que van desde aspectos normativos requeridos hasta características generales del servicio y sus profesionales.

En cuanto a los componentes propuestos por Donabedian, se destaca que el profesional de enfermería líder al cuidado de personas con heridas debe tener competencias como cuidado, liderazgo, experticia y toma de decisiones, necesarias para pasar de la experiencia práctica empírica a práctica basada en la evidencia (PBE). La literatura respalda que, con equipos transdisciplinarios, se genera conocimiento y se brinda cuidado holístico y centrado en el paciente.

Adicionalmente, hay desafíos muy grandes para los profesionales de enfermería líderes de las clínicas, como ofrecer un servicio eficiente y efectivo que permita optimizar los resultados de curación de heridas. Sin embargo, aunque existen diferentes limitantes tecnológicas y económicas, es preciso considerar que alcanzar estos desafíos no es imposible, puesto que si existe compromiso por adquirir conocimiento, actualizarse y

vincularse a grupos de investigación, el profesional puede llegar a conclusiones aún mayores y a desarrollarse como experto en su labor, lo que contribuirá no solo en los resultados de los pacientes, sino también en la oportunidad de generar estrategias que garanticen un equilibrio favorable en la ecuación costo beneficio.

Finalmente, y dado el auge en el cual se encuentra la telemedicina, en lo que respecta al cuidado de las heridas, es preciso notar que ya no solo se habla de entornos físicos para una atención de salud con calidad. Por ello, además de evidenciar que las consultas a distancia están dando resultado, es necesario continuar la investigación en este sentido, para así poder ofrecer beneficios adicionales a un número representativo de personas que, dadas sus limitaciones geográficas, adquisitivas u otras, no puede acceder al servicio común, por cuanto no se debe olvidar la razón y el deber ser del profesional de enfermería, el cual es y será siempre contribuir al beneficio de la salud de los pacientes.

5.2 Recomendaciones

Hay un gran vacío en la literatura científica respecto a las clínicas de heridas y esta es una preocupación que requiere ser abordada desde la investigación y docencia en las universidades para que se realicen estudios que describan en detalle las clínicas de heridas y cómo se están adelantando las actualizaciones al respecto. De este modo, será posible crear la evidencia científica para los procesos y para las prácticas de cuidado en este tipo de pacientes.

También, es fundamental que desde las líneas de investigación se fortalezca el desarrollo de estudios que permitan determinar cómo están percibiendo los pacientes el cuidado para que, en un futuro a corto plazo, se realice un protocolo de acreditación que permita aplicar los procesos para un cuidado con calidad, oportunidad, eficiencia y centrado en el paciente.

Respecto al tema de actualización, es necesario que dicho profesional se actualice constantemente en términos académicos, técnicos y tecnológicos, pues esto le permitirá brindar un mejor servicio y lo llevará a desarrollar la experticia en su campo de acción. Debe, además, tener presente que una correcta educación en cuidado de heridas puede maximizar la relación costo-efectividad de los tratamientos.

A toda la comunidad del área de la salud que tiene que ver con heridas, se le recomienda dejar evidencia en enfermería para poder crear las guías de manejo. En particular, a las enfermeras líderes, se les recomienda aplicar el documento de dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian, para así lograr contar con las herramientas suficientes que les permitan adentrarse en procesos de acreditación tanto nacionales como internacionales. Igualmente, para todas las y los colegas, se les recuerda que hay un individuo enfermo a la espera de recibir cuidados dignos, propios de un profesional que ama su labor, y que cada individuo debe tratar y cuidar a otros como quisiera que se le cuidara y tratara.

A los futuros maestrantes y doctores en cuidado de las heridas, se les recomienda contar con la propuesta de *Dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian*, a fin de que se pueda crear una propuesta de acreditación para las clínicas de heridas en Colombia. Así mismo, se les invita a realizar las guías de manejo basadas en la evidencia científica de las patologías más comunes en heridas en Colombia.

5.3 Limitaciones

Las limitaciones parten de la búsqueda de literatura, dado que no se encontraron a nivel mundial textos específicos para el tema. En particular, de lo que se halló no hubo un solo estudio de meta análisis que evidencie la calidad de las clínicas o de los profesionales que prestan atención a las personas con heridas.

Para la caracterización, inicialmente se pretendía realizar un censo de las clínicas de heridas en Colombia, lo cual requería de un presupuesto considerable, por lo que era necesario viajar por todo el país para aplicar todos los parámetros del censo, pero no se contaba ni con el tiempo ni el dinero. Por ello, se acudió al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), donde se encuentran los registros de los establecimientos habilitados. No obstante, este registro es consolidado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social bajo una plataforma que cambia constantemente según las necesidades de cada prestador de servicio. A esto se le suma

que el responsable de actualización del registro es el mismo prestador del servicio de salud, por lo que la información contenida en el REPS está sujeta a cambios o modificaciones posteriores a su fecha de emisión.

Otras limitantes en la caracterización tuvieron que ver, por ejemplo, con las condiciones actuales del sistema de salud derivado del estado de emergencia por la pandemia por COVID-19. Debido a ello, algunas de las clínicas de heridas tuvieron que cerrar y cancelar sus servicios. También, una de las personas participantes manifestó no poder contestar la encuesta hasta tener la autorización de las directivas y, por cuestión de tiempos, no fue posible generar el trámite. En virtud de ello, debe dejarse en claro que la profesión de enfermería es liberal, autónoma y es de libre albedrío colaborar con la creación conocimientos que permitan beneficiar a todos entes interesados (instituciones de salud, clínicas de heridas, enfermeras profesionales, equipos de salud, universidades, pacientes, entre otros).

Por último, una limitación en términos legales es que no se cuenta para Colombia con una normatividad para las clínicas de heridas y solo está para los consultorios de enfermería, lo que hace ver la necesidad de profundizar en estos aspectos desde los tomadores de decisiones.

5.4 Difusión y socialización de resultados

La divulgación de los hallazgos se ha realizado en los siguientes eventos:

- El 1 de septiembre de 2020, se divulgó a los estudiantes de primer semestre de la Maestría en Enfermería con Profundización en terapia enterostomal de la Universidad Nacional de Colombia, en la clase de Indicadores de calidad para las clínicas de heridas, avances sobre *Dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian 2020*, en modalidad clase virtual.
- Los días 29, 30 y 31 de octubre de 2020, se presentó *Dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian 2020* en el 1er Simposio Internacional Virtual FUNDEPIEL Colombia

(Fundación colombiana de profesionales en el cuidado de la piel y las heridas) en modalidad conferencia, la cual tuvo un aforo de más de 400 personas de 10 países.

Adicionalmente, se solicitará al área curricular de la Maestría en Enfermería con Profundización en terapia enterostomal, heridas e incontinencias que este sea un documento consultor teniendo en cuenta la importancia y la relevancia de los resultados del trabajo. Una vez este trabajo sea aprobado como requisito para grado, el investigador realizará una conferencia magistral convocando a todos los interesados y a las personas que participaron en presente estudio.

En la actualidad, el autor de este estudio es miembro fundador de Fundepiel Colombia, institución que está realizando un libro titulado *Tópicos claves para la gestión en el cuidado de la piel y las heridas*, y para el cual se espera tener participación con un capítulo cuyo nombre sea Constitución y legalización de las clínicas de heridas en Colombia, donde se plasmarán los principales resultados del presente estudio y que serán publicados a finales de marzo de 2021. Finalmente, el autor del estudio y la directora se comprometen a la elaboración de un artículo científico para la divulgación en una revista indexada.

6. Referencias

1. Salem Z C, Pérez P JA, Henning L E, Uherek F, Schultz C, Butte JM, et al. Heridas: Conceptos generales. Cuad Cir [Internet]. 2000 [citado el 26 de enero de 2021];14:90–9. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v14n1/art15.pdf>
2. Martín Muñoz B. Calidad de vida de las personas con úlceras por presión: Estudio cualitativo fenomenológico. Index Enferm [Internet]. 2020 [citado el 26 de enero de 2021];27(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300006
3. Ley 266 de 1996. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia; 1996.
4. Ministerio de Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Bogotá D.C.; 2008. p. 12.
5. Resolución 2003 de 2014. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
6. Resolución 3100 de 2019. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.
7. Hernández Murillo R. Reseña de “La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación” de Donabedian A. Salud Publica Mex [Internet]. 1990 [citado el 13 de enero de 2021];32(2):248–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10632217.pdf>
8. Jiménez CE. Curación avanzada de heridas. Rev Colomb Cir [Internet]. 2008 [citado el 26 de enero de 2021];23(3):146–55. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n3/v23n3a4.pdf>
9. Mora Franco NB, Orujela Herrera A. Plan de empresa “Clínica de Heridas de Atención Domiciliaria y Ambulatoria” [trabajo de grado]. [Bogotá D.C.]: Fundación Universitaria Ciencias de la Salud; 2016.

10. González Consuegra RV. Gerencia del cuidado: liderazgo de la enfermera en el cuidado de la persona con alteración de los tejidos. *Av enferm* [Internet]. 2007 [citado el 26 de enero de 2021];25(1):122–9. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35923/37010>
11. Universidad del Valle. Especialización en Enfermería en Cuidado a las Personas con Heridas y Ostomías [Internet]. Posgrados. 2020 [citado el 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://salud.univalle.edu.co/posgrados/especializaciones-clinicas/especializacion-en-enfermeria-en-cuidado-a-las-personas-con-heridas-y-ostomias>
12. Zapata Pulgarín IC, Patiño Jiménez M. Beneficios clínica de heridas, dos revisiones sistemáticas: clínica y económica. *Cienc y Salud Virtual* [Internet]. 2019 [citado el 13 de enero de 2021];11(1):50–67. DOI: 10.22519/21455333.1156.
13. Decreto 780 de 2016. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema de Gestión de Calidad: Política de Calidad [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/procesos-procedimientos-sigi.aspx>
15. Cano SM, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado el 13 de enero de 2021];34(1):48–53. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06.
16. Net Á, Suñol R. La calidad de la atención [Internet]. 2018 [citado el 13 de enero de 2021]. p. 13. Disponible en: https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2018/12/LA-CALIDAD-DE-LA-ATENCION_Art-Net_Sunol.pdf
17. Decreto 2309 de 2002. Bogotá D.C.: Presidencia de la República de Colombia; 2002.
18. González de la Torre H. Unidades de Heridas en España [tesis doctoral] [Internet]. Universidad de Alicante; 2017 [citado el 13 de enero de 2021]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/69973>
19. González de la Torre H, Verdú Soriano J, García Fernández F, Soldevilla Agreda JJ. Primer censo de unidades de heridas crónicas en España. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado el 13 de enero de 2021];28(3):142–50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-

- 928X2017000300142
20. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud pública Méx* [Internet]. 1990 [citado el 26 de enero de 2021];32(2):113–7. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5280/5424>
 21. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [citado el 13 de enero de 2021];83(4):691–729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
 22. Ley 911 de 2004. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia; 2004.
 23. Organización Mundial de la Salud. Enfermería [Internet]. *Temas de salud*. 2019 [citado el 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
 24. Pimentel-Jaimes JA, Casique-Casique L, Álvarez-Aguirre A, Higuera-Sainz JL, Bautista-Alvarez TM. Consulta de enfermería: un análisis de concepto. *SANUS* [Internet]. 2019 [citado el 13 de enero de 2021];(10):70–84. DOI: 10.36789/sanus.vi10.134.
 25. Contreras Ruiz J. *Abordaje y manejo de las heridas*. México D.F.: Intersistemas; 2013. 396 p.
 26. Alatrística-Gutiérrez M del S. *Gerencia en Salud - Gestión de la Calidad Parte 1 1/1* [Internet]. 2020 [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wcPLfi485L4&t=34s>
 27. Walter Andrew Shewhart y sus aportes a la Calidad [Internet]. 2014 [citado el 26 de enero de 2021]. Disponible en: <http://admindeempresas.blogspot.com/2014/10/walter-andrew-shewhart-y-sus-aportes-la.html>
 28. Liferder. William Edwards Deming: biografía, aportes, obras, frases [Internet]. *Administración y Finanzas*. 2020 [citado el 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.liferder.com/william-edwards-deming/>
 29. Suñol R, Frenk J. Editorial. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2001 [citado el 16 de enero de 2021];16:S6–7. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
 30. Robledo-Galván H, Meljem-Moctezuma J, Fajardo-Dolci G, Olvera-López D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Rev CONAMED* [Internet]. 2012 [citado el 13 de enero de 2021];17(4):172–5. Disponible en:

- <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2012/con124e.pdf>
31. Real Academia Española. Calidad [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2020 [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad>
 32. Infobioquímica. De la idea al concepto en la Calidad en los Servicios de Salud [Internet]. Noticias. 2016 [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.infobioquimica.com/new/2016/05/19/de-la-idea-al-concepto-en-la-calidad-en-los-servicios-de-salud/#:~:text=La propia Organización Mundial de,estas necesidades%2C de forma oportuna>
 33. Mejías Sánchez Y. Consideraciones para una definición de calidad desde un enfoque salubrista. INFODIR [Internet]. 2019 [citado el 16 de enero de 2021];30. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/624/831>
 34. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad [Internet]. 2018 [citado el 13 de enero de 2021]. p. 88. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49549/9789241565561_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 35. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Señales en farmacovigilancia para las Américas: Red de Puntos Focales de Farmacovigilancia de las Américas [Internet]. 2018 [citado el 16 de enero de 2021]. p. 56. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49596>
 36. Suñol R. Entrevista al Profesor Avedis Donabedian. Rev Calid Asist [Internet]. 2001 [citado el 16 de enero de 2021];16:S8–9. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
 37. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Rev Calid Asist [Internet]. 2001 [citado el 16 de enero de 2021];16:S11–27. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
 38. Donabedian A. Criterios y estándares para evaluar y monitotizar la calidad. Rev Calid Asist [Internet]. 2001 [citado el 16 de enero de 2021];16:S68–78. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
 39. Resolución 2654 de 2019. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.
 40. Ministerio de Salud y Protección Social. Nuevo Marco Reglamentario para la

- Telesalud en Colombia [Internet]. 2019 [citado el 16 de enero de 2021]. p. 64. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/nuevo-marco-reglamentario-para-la-telesalud-en-colombia-18122019.pdf>
41. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* [Internet]. 2005 [citado el 16 de enero de 2021];8(1):19–32. DOI: 10.1080/1364557032000119616.
 42. Escobar-Picasso E, Escobar-Cosme AL. Principales corrientes filosóficas en bioética. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2010 [citado el 16 de enero de 2021];67:196–203. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v67n3/v67n3a3.pdf>
 43. Acuerdo 035 de 2003: Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C.: Consejo Académico Universidad Nacional de Colombia; 2003.
 44. Acuerdo 007 de 2008. Bogotá D.C.: Consejo Superior Universidad Nacional de Colombia; 2008
 45. Resolución 8430 de 1993. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.
 46. Soldevilla Agreda JJ, García Fernández F, López Casanova P. Documento N° 13: Enfermeras consultoras en heridas crónicas [Internet]. 2016 [citado el 13 de enero de 2021]. p. 17. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2016/05/Doc-Posicionamiento-13-Enfermeras-consultoras.pdf>
 47. Christie J, Gray TA, Dumville J, Cullum NA. Do systematic reviews address community healthcare professionals' wound care uncertainties? Results from evidence mapping in wound care. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado el 13 de enero de 2021];13(1):e0190045. DOI: 10.1371/journal.pone.0190045.
 48. Silva RM, Fernandes FAV. Competências do Gestor de Feridas: scoping review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [citado el 13 de enero de 2021];40. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180421.
 49. Rumbo-Prieto JM, Romero-Martín M, Bellido-Guerrero D, Arantón-Areosa L, Raña-Lama C, Palomar-Llatas F. Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica sobre deterioro de la integridad cutánea: úlceras y heridas crónicas. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2016 [citado el 13 de enero de 2021];39(3):405–15. DOI: 10.23938/ASSN.0236.
 50. Järbrink K, Ni G, Sönnnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, et al.

- Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Syst Rev* [Internet]. 2016 [citado el 13 de enero de 2021];5(1):152. DOI: 10.1186/s13643-016-0329-y.
51. Resolución 1995 de 1999. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de Colombia; 1999.
 52. Ley 15 de 2020. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia; 2020.
 53. Guest JF, Ayoub N, McIlwraith T, Uchegbu I, Gerrish A, Weidlich D, et al. Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service. *Int Wound J* [Internet]. 2017 [citado el 13 de enero de 2021];14(2):322–30. DOI: 10.1111/iwj.12603.
 54. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018 [Internet]. 2018 [citado el 16 de enero de 2021]. p. 274. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
 55. Galvis-López CR, Pinzón-Rocha ML, Romero-Gonzalez E. Conocimiento de los profesionales de enfermería en el uso de tecnología avanzada para el manejo de heridas crónicas. *Orinoquia* [Internet]. 2018 [citado el 13 de enero de 2021];22(1):95–111. DOI: 10.22579/20112629.486.
 56. Comellas-Oliva M. Construcción de la enfermera de práctica avanzada en Catalunya (España). *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [citado el 16 de enero de 2021];69(5):991–5. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690507.
 57. Sood A, Granick MS, Trial C, Lano J, Palmier S, Ribal E, et al. The Role of Telemedicine in Wound Care. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2016 [citado el 26 de enero de 2021];138(3S):248S-256S. DOI: 10.1097/PRS.0000000000002702.
 58. Welsh L. Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: a semi-systematic literature review. *Int Wound J* [Internet]. 2018 [citado el 26 de enero de 2021];15(1):53–61. DOI: 10.1111/iwj.12822.
 59. Gottrup F, Pokorná A, Bjerregaard J, Vuagnat H. Wound centres—how do we obtain high quality? The EWMA wound centre endorsement project. *J Wound Care* [Internet]. 2018 [citado el 13 de enero de 2021];27(5):288–95. DOI: 10.12968/jowc.2018.27.5.288.

7. Anexos

Anexo 1: Tabla de revisión de artículos

A continuación, se consolidan los artículos seleccionados para la primera fase del estudio, con el ánimo de adelantar la base teórica del trabajo titulado *Dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian*.

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|------------------|-------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Education of healthcare professionals for preventing pressure ulcers | Porter-Armstrong AP, Moore ZE, Bradbury I, McDonough S. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Inglés | COCHRANE | REINO UNIDO | 2018 | Evaluar los efectos de las intervenciones educativas para profesionales de la salud sobre la prevención de úlceras por presión. | Interpersonal |
| Evaluación de la evidencia y la calidad de las guías de práctica clínica sobre el deterioro de la integridad de la piel: úlceras y heridas crónicas | Rumbo-Prieto JM, Romero-Martín M, Bellido-Guerrero D, Arantón-Areosa L, Raña-Lama C, Palomar-Llatas F. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Español | PUBMED - MEDLINE | ESPAÑA | 2017 | Conocer la calidad de las GPC sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP), úlceras venosas de la pierna (UVP) y úlceras de pie diabético (UPD). | Técnico |
| Seeking effective interventions to treat complex wounds: an overview of systematic reviews | Tricco AC, Antony J, Vafaei A, Khan PA, Harrington A, Cogo E, et al. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Inglés | PUBMED - MEDLINE | CANADA | 2016 | Identificar intervenciones efectivas para tratar heridas complejas a través de una visión general de las revisiones sistemáticas. | Técnico |

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|------------------|-------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| The humanistic and economic burden of chronic wounds: a protocol for a systematic review | Järbrink K, Ni G, Sönnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, et al. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Inglés | PUBMED - MEDLINE | SINGAPUR | 2017 | Evaluar el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud por categoría de úlceras y los costos directos e indirectos asociados. | Entorno |
| The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review | Olsson M, Järbrink K, Divakar U, Bajpai R, Upton Z, Schmidtchen A, et al. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Inglés | PUBMED - MEDLINE | SINGAPUR | 2019 | Se realizó una revisión sistemática para comprender cómo las heridas crónicas son un problema de salud que tiene consecuencias devastadoras para los pacientes y contribuyen con costos importantes para los sistemas y sociedades de salud. | Interpersonal |
| Do systematic reviews address community healthcare professionals' wound care uncertainties? Results from evidence mapping in wound care | Christie J, Gray TA, Dumville J, Cullum NA. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Inglés | PUBMED - MEDLINE | REINO UNIDO | 2018 | Clasificar y mapear el grado en que existen revisiones sistemáticas actualizadas que contienen evidencia sólida para la incertidumbre en el cuidado de heridas priorizadas por los profesionales de la salud de la comunidad. | Interpersonal |
| Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review | Järbrink K, Ni G, Sönnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, et al. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Inglés | PUBMED - MEDLINE | SINGAPUR | 2016 | El objetivo general de este protocolo de revisión sistemática es presentar un proceso transparente sobre cómo se recopilará la información sobre la prevalencia e incidencia de heridas crónicas y complicaciones relacionadas. | Técnico |
| Beneficios de clínica de heridas, dos revisiones sistemáticas: clínica y económica. | Zapata Pulgarín IC, Patiño Jiménez M. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Español | GOOGLE SCHOLAR | COLOMBIA | 2019 | Analizar mediante dos revisiones sistemáticas, clínica y económica, los beneficios de las clínicas de heridas con enfoques multidisciplinarios acerca del tratamiento de las heridas crónicas. | Interpersonal |

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|------------------|---------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: a semi-systematic literature review | Welsh L. | REVISION SEMI SISTEMATICA | Escocés | PUBMED - MEDLINE | ESCOCIA | 2017 | Determinar el conocimiento y las habilidades de las enfermeras involucradas en el cuidado de heridas, proporcionar una descripción crítica de la base de evidencia actual que sustenta el cuidado de heridas y determinar el grado de utilización de la evidencia existente por parte de las enfermeras involucradas en el tratamiento de las heridas en la práctica. | Interpersonal |
| La enfermera de práctica avanzada en la adecuación de los tratamientos de las heridas crónicas complejas | Jiménez-García JF, Arboledas-Bellón J, Ruiz-Fernández C, Gutiérrez García M, Lafuente-Robles N, García Fernández F. | CUASIXPERI MENTAL | Español | PUBMED - MEDLINE | ESPAÑA | 2019 | Determinar el impacto de las enfermeras de práctica avanzada en el cuidado de heridas crónicas en la adecuación de los tratamientos para pacientes con heridas crónicas y el consumo de apósitos en los distritos donde se han implementado. | Interpersonal |
| The Role of Telemedicine in Wound Care: A Review and Analysis of a Database of 5,795 Patients from a Mobile Wound-Healing Center in Languedoc-Roussillon, France | Sood A, Granick MS, Trial C, Lano J, Palmier S, Ribal E, et al. | REVISION DE LA LITERATURA | Francés | PUBMED - MEDLINE | FRANCIA | 2016 | Revisión exhaustiva de la literatura de los artículos publicados sobre telemedicina en el cuidado de heridas. | Entorno |
| Beneficios de las Unidades Multidisciplinares en el abordaje de las Heridas Crónicas | Hernández Bezos A. | REVISION DE LA LITERATURA | Español | MENDELEY | ESPAÑA | 2018 | Identificar las ventajas del enfoque multidisciplinar en el tratamiento de heridas crónicas, explorar la situación en el desarrollo de estas unidades y analizar las herramientas facilitadoras para la implementación de las mismas. | Interpersonal |

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------|----------------|----------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Construcción de la enfermera de práctica avanzada en Catalunya (España) | Comellas-Oliva M. | DESCRIPTIVO | Español | LILACS | ESPAÑA | 2016 | Conceptualizar la EPA y los modelos de referencia, así como contextualizar y reflexionar sobre la EPA en Catalunya desde el punto de vista de la formación y de la implantación de los denominados nuevos roles de enfermería asimilándolos a la PA. | Interpersonal |
| Validación para Colombia del índice RESVECH 2.0 para la valoración de cicatrización en heridas crónicas | Restrepo Medrano JC. | ANÁLISIS CUANTITATIVO | Español | LILACS | COLOMBIA | 2018 | Validar en Colombia el índice RESVECH 2.0 para valorar y evaluar el proceso de cicatrización en heridas crónicas. | Técnico |
| Prevención de lesiones de piel: educación en el equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas | González Consuegra RV, Pérez Valderrama DC, Valbuena Flor LF. | INTERVENCIÓN PROSPECTIVA | Español | GOOGLE SCHOLAR | COLOMBIA | 2016 | Fortalecer los conocimientos en prevención de lesiones de piel del equipo de enfermería y cuidadores de personas hospitalizadas en el área de medicina interna y la unidad de cuidado intensivo de un hospital universitario de Bogotá, D.C. | Interpersonal |
| Percepción de las enfermeras sobre la aplicación del código deontológico de enfermería en Colombia | Parra DI, Rey de Cruz N, Amaya Díaz HC, Cárdenas MV, Arboleda de Pérez LB, Corredor Jurado Y, et al. | CORTE TRANSVERSAL | Español | BDEF | COLOMBIA | 2016 | Describir la percepción de las enfermeras sobre el cumplimiento de los aspectos contemplados en los Capítulos I y II del Título I y en el Capítulo II del Título II de la Ley 911 del 2004. | Interpersonal |
| Conocimiento de los profesionales de enfermería en el uso de tecnología avanzada para el manejo de heridas crónicas | Galvis-López CR, Pinzón-Rocha ML, Romero-Gonzalez E. | CUASI-EXPERIMENTAL DE CORTE CUANTITATIVO, DESCRIPTIVO. | Español | GOOGLE SCHOLAR | COLOMBIA | 2018 | Determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería en el uso de tecnología avanzada para el manejo de heridas crónicas en Instituciones de salud, en Villavicencio - Meta. | Técnico |

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|------------------|-----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Competências do Gestor de Feridas: scoping review | Silva RM, Fernandes FAV. | SCOPING REVIEW | Portugués | LILACS | PORTUGAL | 2019 | Mapa de las habilidades específicas del administrador de heridas. | Interpersonal |
| Wound centres—how do we obtain high quality? The EWMA wound centre endorsement project | Gottrup F, Pokorná A, Bjerregaard J, Vuagnat H. | DESCRIPTIVO | Danés | PUBMED - MEDLINE | DINAMARCA | 2018 | Describir los requisitos mínimos para un centro de tratamiento de heridas. Estos requisitos se han definido como una base para la evaluación y aprobación de los centros de heridas dentro y fuera de un entorno hospitalario (clínicas ambulatorias y ambulatorias). | Entorno |
| Resultados clínicos de las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas en Andalucía | Jiménez-García JF, Aguilera-Manrique G, González Jiménez F, Gutiérrez García M. | DESCRIPTIVO TRANSVERSAL | Español | GOOGLE SCHOLAR | ESPAÑA | 2020 | Describir y analizar el rol clínico de la enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC) en Andalucía, en cuanto al seguimiento de pacientes con heridas crónicas | Interpersonal |
| Enfermeras Consultoras en Heridas Crónicas | Soldevilla Agreda JJ, García Fernández F, López Casanova P. | POSICIONAMIENTO | Español | GNAUUPP | ESPAÑA | 2016 | Información relacionada con rasgos de líderes que garanticen el derecho a una atención sanitaria con todos los recursos técnicos y humanos que necesite el paciente y su familia en función de las posibilidades. | Interpersonal |
| Improved Clinical Efficacy with Wound Support Network Between Hospital and Home Care Service | Bergersen TK, Storheim E, Gundersen S, Kleven L, Johnson M, Sandvik L, et al. | ENSAYO CLINICO | Noruego | PUBMED - MEDLINE | NORUEGA | 2016 | Evaluar la eficacia de un modelo de red de soporte de heridas entre el servicio de atención domiciliaria primaria y el hospital | Entorno |

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|------------------|----------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency | Lindholm C, Searle R. | DESCRIPTIVO | Sueco | PUBMED - MEDLINE | SUECIA | 2016 | Demostrar que el tiempo de curación, la frecuencia del cambio de apósito y las complicaciones son tres factores importantes de costos. | Técnico |
| Wound Care Center of Excellence: A Process for Continuous Monitoring and Improvement of Wound Care Quality | Howell RS, Kohan LS, Woods JS, Criscitelli T, Gillette BM, Donovan V, et al. | DESCRIPTIVO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | ESTADOS UNIDOS | 2018 | Brindar información sobre un estudio que utiliza un nuevo proceso de monitoreo continuo para mejorar la calidad del cuidado de heridas crónicas. | Interpersonal |
| A Framework to Assist Providers in the Management of Patients with Chronic, Nonhealing Wounds | Howell RS, Gorenstein S, Gillette BM, DiGregorio J, Criscitelli T, Davitz MS, et al. | DESCRIPTIVO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | ESTADOS UNIDOS | 2018 | Describir el desarrollo de una práctica basada en la evidencia electrónica mediante un marco para los proveedores a fin de ejecutar oportunamente, el cuidado de las mejores prácticas para los pacientes con enfermedades crónicas y heridas que no cicatrizan. | Interpersonal |
| Cost-effective wound management: a survey of 1717 nurses | Newton H. | DESCRIPTIVO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | REINO UNIDO | 2017 | Describe los datos obtenidos de 30 días de estudio educativo, que tuvieron lugar en Inglaterra, Escocia y Gales. Explora el conocimiento de las enfermeras en relación con la rentabilidad y la eficacia clínica de las prácticas actuales de cuidado de heridas, en base a las respuestas de 1717 delegados que asistieron a los eventos. | Entorno |
| The quality of life of people who have chronic wounds and who self-treat | Kapp S, Miller C, Santamaria N. | QUALITATIVO EXPLORATORIO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | AUSTRALIA | 2018 | Investigar el efecto de las heridas crónicas en los dominios físicos, emocionales, sociales, de estilo de vida y financieros de la calidad de vida entre las personas que se tratan a sí mismas sus heridas. | Interpersonal |

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------|------------------|-------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Wounds research for patient benefit: a 5-year programme of research | Cullum NA, Buckley H, Dumville J, Hall J, Lamb K, Madden M, et al. | REVISIÓN SISTEMÁTICA | Inglés | PUBMED - MEDLINE | REINO UNIDO | 2016 | Evaluar cómo se pueden capturar de manera efectiva datos de alta calidad sobre heridas complejas para su uso tanto en la planificación de servicios como en la investigación. | Interpersonal |
| Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service | Guest JF, Ayoub N, McIlwraith T, Uchegbu I, Gerrish A, Weidlich D, et al. | ANÁLISIS DE CORTE RETROSPECTIVO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | REINO UNIDO | 2016 | El objetivo de este estudio fue estimar los patrones de atención y los niveles anuales de uso de recursos de atención médica atribuibles al manejo de diferentes tipos de heridas por el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido en 2012/2013 y los costos anuales incurridos por el NHS en la gestión de ellos. | Entorno |
| Nursing wound care practices in Haiti: facilitators and barriers to quality care | Timmins BA, Thomas Riché C, Saint-Jean MW, Tuck J, Merry L. | DESCRIPTIVO CULTIVATIVO | Francés | PUBMED - MEDLINE | HAITI | 2018 | Describir los facilitadores y las barreras para que las enfermeras presten atención de calidad a las heridas en tres salas de cirugía de un hospital en Puerto Príncipe, Haití. | Técnico |
| Opportunities for better value wound care: a multiservice, cross-sectional survey of complex wounds and their care in a UK community population | Gray TA, Rhodes S, Atkinson RA, Rothwell K, Wilson P, Dumville J, et al. | MULTICENTRICO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | REINO UNIDO | 2017 | Cuantificar el número, el tipo y el tratamiento de las heridas complejas que se tratan durante un período de dos semanas y explorar las variaciones en la atención mediante la comparación de las prácticas actuales en la evaluación, prevención y tratamiento de heridas. | Interpersonal |
| What factors influence community wound care in the UK? A focus group study using the Theoretical Domains Framework | Gray TA, Wilson P, Dumville J, Cullum NA. | CUALITATIVO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | REINO UNIDO | 2019 | Explorar los factores que influyen en la atención en entornos comunitarios para personas con heridas complejas, para desarrollar una comprensión más profunda del contexto actual del cuidado de heridas y la variación en la práctica. | Interpersonal |

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|------------------|----------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Holistic management of malignant wounds in palliative patients | Cornish L. | DESCRIPTIVO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | ESTADOS UNIDOS | 2019 | Discutir el manejo holístico de las heridas malignas, con énfasis en el control de los síntomas físicos y psicosociales del manejo de heridas, así como su impacto. | Entorno |
| Wound Care Centers: Critical Thinking and Treatment Strategies for Wounds | de Leon J, Bohn GA, DiDomenico L, Fearmonti R, Gottlieb D, Lincoln K, et al. | DESCRIPTIVO | Inglés | PUBMED - MEDLINE | ESTADOS UNIDOS | 2016 | Descripción general de los desafíos de los Centros de atención de heridas (CMI) mediante una descripción con enfoque holístico para tratar a los pacientes del CMI. Proporciona orientación clínica sobre el proceso de toma de decisiones para seleccionar planes de tratamiento óptimos para el paciente del CMI. | Técnico |
| Social representations of nurses about professional autonomy and the use of technologies in the care of patients with wounds | Santos Él dos, Oliveira JGAD de. | CUALITATIVO | Portugués | PUBMED - MEDLINE | BRASIL | 2016 | Identificar las representaciones sociales de las enfermeras sobre la autonomía profesional en el cuidado de pacientes con heridas y analizar sus interfaces con la incorporación constante de tecnologías en este cuidado. | Técnico |
| An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management— Essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers | Smith-Strøm H, Iversen MM, Graue M, Skeie S, Kirkevold M. | INTERPRETATIVO | Noruego | PUBMED - MEDLINE | NORUEGA | 2016 | Explorar las experiencias de los pacientes con la atención de seguimiento de telemedicina en comparación con la atención tradicional. | Entorno |
| Unidades de heridas en España | González de la Torre H. | DESCRIPTIVO | Español | GOOGLE SCHOLAR | ESPAÑA | 2017 | Determinar cuántas unidades de heridas existen en España actualmente, a la vez que pretende analizar las características y rasgos más importantes de estas unidades. | Entorno |

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | IDIOMA | BASE | PAÍS | AÑO | OBJETIVO | CATEGORIA DONABEDIAN |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------------------|--------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Patient-centred care: a call to action for wound management | Lindsay E, Renyi R, Wilkie P, Valle F, White W, Maida V, et al. | OPINION DE EXPERTOS | Italiano | MAGONLINE LIBRARY | ITALIA | 2017 | El objetivo de este documento es explorar el concepto y el estado de la defensa del paciente con respecto al cuidado de heridas, el objetivo es promover un enfoque centrado en el paciente para el cuidado de heridas a nivel internacional. | Interpersonal |
| Implantación de una Consulta de Enfermería Vasculare en un hospital de referencia | Casado Fernández R, Zuriquel Pérez E, Zafra Izquierdo I, Candel Alonso M, Escribano Ferrer JM, Pelay Panés N, et al. | DESCRIPTIVO | Español | GOOGLE SCHOLAR | ESPAÑA | 2020 | El objetivo de este trabajo fue describir la puesta en marcha y organización de la Consulta de Enfermería Vasculare del Hospital Universitario Vall d'Hebron, detallar la actividad realizada durante sus primeros seis meses de existencia, analizar los obstáculos que dificultan la práctica profesional autónoma de las enfermeras que trabajan en esa consulta y proponer soluciones. | Técnico |
| Consulta de enfermería: un análisis de concepto | Pimentel-Jaimes JA, Casique-Casique L, Álvarez-Aguirre A, Higuera-Sainz JL, Bautista-Alvarez TM. | ANÁLISIS DE CONCEPTO | Español | GOOGLE SCHOLAR | MEXICO | 2019 | Analizar el concepto de consulta de enfermería. | Interpersonal |

Anexo 2: Encuesta

Para llevar a cabo el estudio del presente trabajo fue necesario diseñar un instrumento de recolección, que para el caso fue una encuesta, la cual se presenta a continuación.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

CARACTERIZACIÓN DE CONSULTORIOS DE ENFERMERÍA HABILITADOS EN COLOMBIA, DEDICADOS AL CUIDADO DE PERSONAS CON HERIDAS DE MAYO A JULIO 2020

Respetado participante:

Mi nombre es Moisés Humberto Silvera Fajardo, enfermero, actuando en calidad de estudiante de enfermería de la Maestría de profundización en terapia enterostomal, de la facultad de Enfermería de la universidad Nacional de Colombia, bajo la dirección de la profesora Ana Maritza Gómez Ochoa, lo(a) estamos invitando a participar en el estudio de investigación titulado: "caracterización de consultorios de enfermería habilitados en Colombia, dedicados al cuidado de personas con herida de mayo a julio 2020", Trabajo académico de revisión integrativa, presentado como requisito para optar al título de: Magíster en enfermería - profundización en terapia enterostomal heridas e incontinencias de la mencionada universidad.

El trabajo en mención permitirá obtener elementos de análisis sobre el cuidado seguro que se les está prestando a las personas con heridas.

Ante todo, agradecemos su colaboración, también es importante darle a conocer que su participación es totalmente voluntaria y puede retractarse en cualquier momento que lo considere; en ningún momento, usted será juzgado/a, ni evaluado/a por sus respuestas, las cuales se mantendrán en absoluta reserva, Su nombre y datos personales serán tratados bajo una estricta confidencialidad, solo se utilizarán con fines investigativos, en una base de datos bajo mi custodia.

La información que usted provea será identificada con un código para garantizar la confidencialidad de la información, la cual será utilizada para los resultados del trabajo; una vez concluida, será guardada en archivo digital protegido por contraseña al que tendrá acceso únicamente el investigador.

Los resultados de este estudio serán socializados en sitios de interés y publicados en revistas científicas. Siempre la información de los participantes estará protegida por la ley 1581 de 2012 Habeas Data.

La encuesta se enviará vía correo electrónico para ser respondida y si pasados tres días hábiles, no se ha dado respuesta, se le realizará una llamada para recolectar la información, la cual tendrá un tiempo no mayor a 20 minutos; al terminar la encuesta, si está interesado, el investigador le enviará por correo tres documentos expedidos por el Ministerio de Salud Protección Social los cuales sin lugar a duda le servirán como un complemento en su trabajo:

1. Orientaciones para la restauración gradual de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por Covid-19 en Colombia, Ministerio de Salud Protección Social, Bogotá mayo 2020.
2. La Resolución 3100 de 2019, producto de la actualización de la norma relacionada con el Sistema Único de Habilitación de Servicios de Salud.
3. Formato de autoevaluación de los servicios de salud Según la Resolución 3100 de 2019.

Se reitera que su participación en esta encuesta es totalmente voluntaria y usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

Muchas gracias por su participación en el desarrollo de este cuestionario.

Mi dato de contacto es: Tel: 3107858424

Correo electrónico: msilvera@unal.edu.co, moisosilvera@gmail.com

Dato de contacto de mi tutora es: amgomez@unal.edu.co

ENCUESTA

- Dirección de correo electrónico _____
- Nombre del encuestado _____
- Nombre de la institución _____
- Ciudad _____

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL PERSONAL

1. ¿Qué personal de área de la salud atiende al paciente con heridas?

- Médico
- Enfermera
- Auxiliar de enfermería
- Otro _____ cual

2. La persona que realiza la curación y el cuidado del paciente con heridas tiene experiencia en este campo:

- a) Menor o igual a un año
- b) Entre 1 y 5 años
- c) Entre 5 y 10 años
- d) Más de 10 años

3. Considera que su equipo de trabajo es:

- a) Un disciplinar
- b) Multidisciplinar
- c) Interdisciplinar
- d) Transdisciplinar

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA POBLACIÓN A ATENDER

4. En su consulta o área de trabajo considera que atiende diariamente:

- a) Entre 1 y 5 pacientes
- b) Entre 5 y 10 pacientes.
- c) Entre 10 y 20 pacientes
- d) Más de 20 pacientes

5. ¿A qué población va dirigida la atención?

- a) Recién nacidos
- b) Pediatría
- c) Adultos
- d) Personas mayores
- e) Todas las anteriores

6. Los pacientes que atienden son:

- a) Hospitalizados
- b) Consulta externa
- c) Domiciliarios

7. La clínica de heridas atiende personas con lesiones por:

- a) Quemaduras
- b) Heridas de diversa etiología ubicadas en cualquier parte del cuerpo
- c) Úlceras vasculares de diversa etiología
- d) Pie diabético
- e) Heridas abdominales de diversa etiología
- f) Heridas de complicaciones quirúrgicas en cualquier parte del cuerpo
- g) Heridas abdominales con colostomía, estomas, abdomen catastrófico, con fístulas
- h) Úlceras por presión
- i) Lesiones por DAI, LEHCAH, MARSÍ

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA INSTITUCIÓN

8. De las siguientes razones sociales indique a cuál pertenece:

- a) IPS
- b) EPS
- c) Clínica
- d) Hospital
- e) ESE
- f) Universidad
- g) Otro ¿Cuál? _____

9. ¿La institución a la cual pertenece está habilitada por la Secretaría de Salud departamental?

- a) Sí
- b) No
- c) En trámite

10. ¿En qué año inició labores el consultorio de cuidado de las personas con heridas donde se encuentra laborando actualmente?

11. Según la resolución del Ministerio de Salud y Protección Social número 00003100 de 25 de noviembre de 2019 la modalidad de prestación de los servicios de salud es:

- a) Intramural
- b) Extramural
- c) Telemedicina

12. Según la resolución del Ministerio de Salud y Protección Social número 00003100 de 25 de noviembre de 2019 la complejidad de prestación de los servicios de salud es:

- a) Baja
- b) Media
- c) Alta

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA TÉCNICA DE CURACIÓN

13. ¿El cuidado de las personas con heridas se realiza con insumos de alta tecnología?

- a) Sí
- b) No

14. ¿Realiza aplicación y cambio de terapia VAC?

- a) Sí
- b) No

15. ¿La institución cuenta con protocolos y guías de manejo para personas con heridas?

- a) Sí
- b) No

16. ¿La institución tiene convenios con instituciones educativas?

- a) Sí
- b) No

PREGUNTAS RELACIONADAS CON ACTUALIZACIONES

17. ¿En el año 2019 asistió a alguna capacitación, curso o congreso de heridas?

- a) Sí
- b) No

18. ¿Pertenece o se encuentra asociado a alguna organización de educación en cuidado de la persona con heridas?

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, especifique cuál

19. ¿Recibe capacitación continua y actualizada sobre el cuidado y manejo de las personas con heridas a través de algún medio electrónico?

- a) Sí
- b) No

20. ¿Está usted interesado en recibir capacitación o aumentar sus conocimientos en el cuidado de las personas con heridas?

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, especifique en cuál o cuáles está interesado:

- a) Cursos virtuales
- b) Diplomados
- c) Especialización
- d) Maestría
- e) Doctorado

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN COLOMBIA

21. ¿Ha recibido capacitaciones sobre bioseguridad para la atención de pacientes con diagnóstico positivo de COVID-19?

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de capacitaciones ha recibido?

22. ¿Su institución tiene protocolos de bioseguridad para la atención de pacientes con heridas con diagnóstico COVID-19?

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta fue No, explique brevemente por qué

23. ¿A la fecha, usted ha atendido pacientes con heridas que sean sospechosos o positivos para COVID-19?

- a) Sí
- b) No

24. ¿Con cuáles de los siguientes elementos de EPP (Equipo de Protección Personal) cuenta en el lugar en que trabaja que le permita minimizar el riesgo de transmisión del COVID-19?

- a) Tapabocas
- b) Mascarilla de alta eficiencia (N95)
- c) Pantalla facial (careta)
- d) Gafas de succión
- e) Traje quirúrgico en material anti fluido
- f) Traje entero en material anti fluido (pronación, cirugía de trauma)
- g) Doble guante desechable
- h) Bata en material anti fluido
- i) Polainas

25. ¿Cuál o cuáles de las siguientes normas expedidas para garantizar la seguridad del paciente conoce?

- a. Decreto 1011 de 2006: reglamenta el Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud
 - a. Sí
 - b. No
- b. Resolución 2003 de 2014: procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de los prestadores de servicios de salud.
 - a. Sí
 - b. No
- c. Resolución 3100 de 2019: producto de la actualización de la norma relacionada con el Sistema Único de Habilitación.
 - a. Sí
 - b. No
- d. Formato de autoevaluación de los servicios de salud según la Resolución 3100 de 2019.
 - a. Sí
 - b. No
- e. Orientaciones para la restauración gradual de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia (mayo 2020).
 - a. Sí
 - b. No

Gracias por su colaboración al diligenciar este cuestionario, permítame saber en este espacio si tiene algún comentario.

Anexo 3: Propuesta

PROPUESTA PARA LAS CLÍNICAS DE HERIDAS EN COLOMBIA BAJO LAS DIMENSIONES DE CALIDAD A PARTIR DE LA VISIÓN TEÓRICA DE AVEDIS DONABEDIAN

SURGIMIENTO:

La realización de la presente propuesta se dio a partir de una investigación que vinculó tanto una revisión de la literatura tipo *scoping review* como la caracterización de las clínicas de heridas en Colombia, teniendo en cuenta las dimensiones de calidad propuestas por Avedis Donabedian.

OBJETIVO:

Facilitar a las clínicas de heridas un documento que les permita ofrecer un servicio de salud con una cultura de cuidado seguro, de calidad, integral, oportuno y eficiente a costos razonables, propendiendo y priorizando en todo momento el trato humanizado y ajustado a los estándares nacionales e internacionales, bajo las pautas de calidad propuestas por Avedis Donabedian.

DIRIGIDA A:

Todas las enfermeras/os líderes dedicadas/os al cuidado de manejo de heridas y a las instituciones que presten servicios de clínicas de heridas en sus tres modalidades de atención: intramural, extramural o telemedicina.

GENERALIDADES:

Definiciones básicas:

Consulta de enfermería: “es un servicio técnico, científico, libre y autónomo que se otorga por profesionales de enfermería, ya sea en el ámbito público o privado, dentro y fuera de los hospitales y en todos los niveles de atención sanitaria. Su propósito principal es promover, habilitar, incluir, prevenir, detectar, resolver necesidades y problemas de salud del individuo, familia y comunidad en todas las etapas de la vida” (1).

Áreas de procedimientos menores: la Resolución 2003 de 2014 los define como un “lugar físico limpio, no necesariamente delimitado con barrera física, ubicado en consultorios de enfermería, de terapias, de medicina general o de medicina especializada, en el que se realizan procedimientos menores” (2).

Clínicas de heridas: se definen como “unidades multidisciplinarias que se encargan del manejo, tratamiento, prevención, educación y rehabilitación de los pacientes con cualquier tipo de herida crónica o de difícil cicatrización (...), ellas deben ser lideradas y manejadas por personal especialista; algunos hospitales e instituciones prestadoras de servicios de salud cuentan con este servicio, con personal idóneo, recursos y sobre todo demostrando los beneficios, al lograr el cierre de las lesiones” (3). A su vez, González de la Torre (4) las describe como unidades con características diferentes y poco uniformes que reciben su nombre según donde estén ubicadas (unidades integrales de heridas, clínicas de heridas o consulta de heridas). En el contexto anglosajón, estos centros también reciben diversas denominaciones, tales como *Wound-healing Center*, *Wound Care Center*, o *Wound Care Clinic* (4).

Modalidad de prestación de servicios:

Respecto a la forma de prestación de servicios de salud, la Resolución 3100 de 2019 (5) establece las siguientes:

Intramural: hace referencia a los ambientes, áreas o salas de procedimiento clínico-hospitalario, ubicados dentro una institución de salud, donde los pacientes asisten a consultas médicas o procedimientos ambulatorios. Se podrá encontrar consulta externa especializada, vacunación, procedimientos ambulatorios como curaciones, seguridad y salud en el trabajo, entre otros. Estos servicios deben contar con un profesional de salud de acuerdo con el servicio ofertado, médico y enfermero, además un consultorio que reúna los criterios mínimos.

Extramural: respecto a esta modalidad de atención, se clasifican los servicios ofertados a los pacientes en su área domiciliaria, donde es necesario arribar a su hogar en una unidad móvil que cumpla con todos los criterios de habilitación en salud y con los profesionales de salud idóneos para cumplir con las necesidades del paciente. Bajo esta modalidad, se puede encontrar la curación a domicilio, para la cual el personal de salud debe acudir al domicilio del paciente con todos los insumos y dispositivos médicos que sean necesarios para brindar un servicio de calidad. Además, se pueden involucrar las actividades de salud, tales como vacunación, donación de sangre o jornadas de salud en unidades móviles.

Telemedicina: consiste en la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a través de tecnologías de la información y la comunicación. Dichos servicios permiten a los profesionales de la salud intercambiar datos con los pacientes con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica. Lo anterior no exime a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago de tales servicios y su responsabilidad de priorizar la prestación personalizada de servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Resolución 2654 de 2019 (6) y la Ley 1419 de 2010 sobre telemedicina (7).

Marco legal:

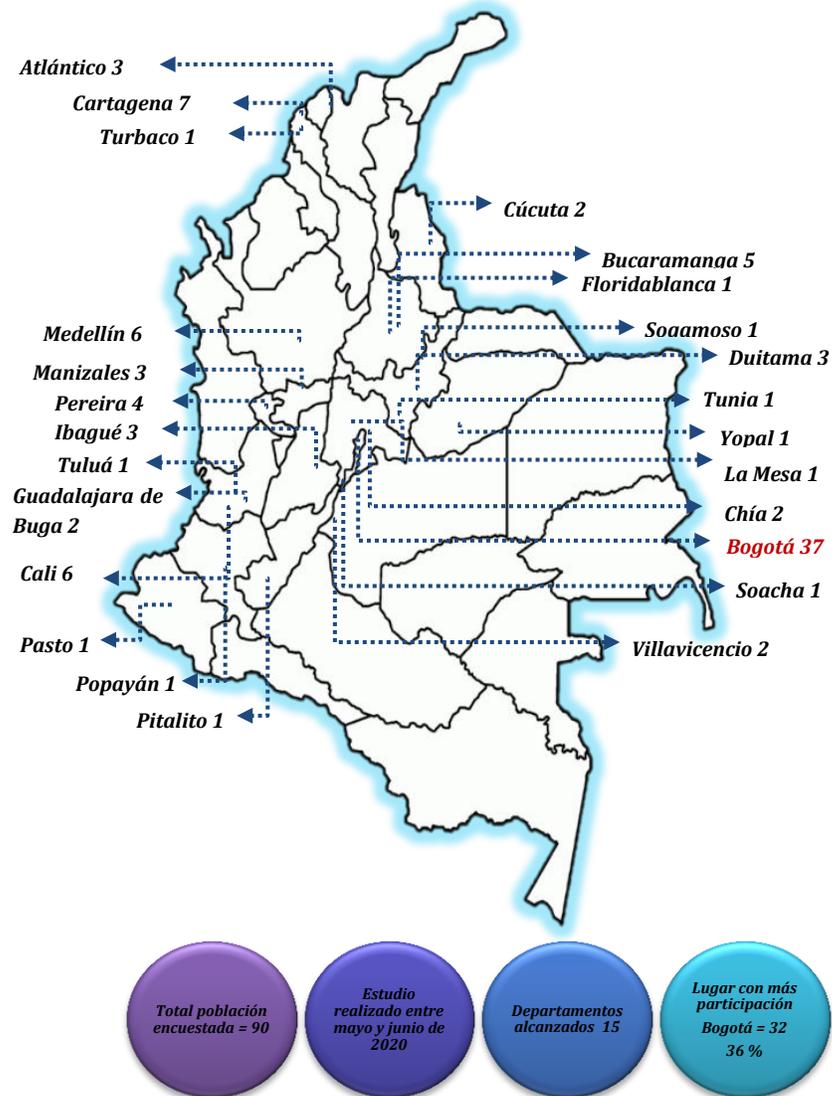
La Política de Seguridad del Paciente en Colombia busca definir los lineamientos orientados a minimizar los riesgos de atención y garantizar servicios más seguros (8). Dicha política se basa en el marco legal que se detalla a continuación:

1. Constitución Política de 1991, Decreto 1011 de 2006, Decreto 780 de 2016 en lo referente al Sistema de Habilitación, Acreditación y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
2. Resolución 2003 de 2014, donde se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de servicios de salud, como parte del Sistema Único de Habilitación.
3. Resolución 3100 de 2019, en la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
4. Reglamento general para el otorgamiento de permisos de funcionamiento del ministerio de salud, número 34728-S.
5. Nuevo marco reglamentario para la tele salud en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, diciembre de 2019.
6. Resolución 2654 de 2019, donde se establecen las disposiciones para la tele salud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.

Caracterización de las clínicas de heridas en Colombia:

A continuación, encontrará el resultado de la primera encuesta realizada en Colombia a los líderes que atienden las clínicas de heridas en el territorio Nacional.

Distribución de las Clínicas de Heridas en Colombia



Autor: Moisés Humberto Silvera Fajardo

RESULTADOS DEL ESTUDIO:

En Colombia, hay un mínimo de 90 clínicas de heridas registradas en REPS, principalmente en ciudades grandes como Bogotá, Cartagena, Medellín y Cali. De estas, el 93% son lideradas por una enfermera como parte de equipo, lo que da indicios del empoderamiento que tiene la profesional de enfermería. Asimismo, más del 61% de estas clínicas cuenta con un mínimo de 5 años de experiencia, el 89% trabajan en equipos multidisciplinarios, y un 55% atienden diariamente más de 10 pacientes, entre adultos (57%), niños (41.11%) y recién nacidos (5.55%). Cabe resaltar que las clínicas de heridas encuestadas brindan cuidados a personas con heridas de cualquier etiología y en cualquier parte de cuerpo en un 89%, lo que muestra la experiencia y la experticia por parte del profesional.

El incremento en las clínicas de heridas en 26 años en Colombia ha sido significativo. Así, en los primeros 10 años, incrementó en 17%, para los segundos 10 años incrementó 32% y para los últimos 6 años incremento del 47 %, lo que indica posiblemente mayor demanda, y por ende mayor interés por parte de los líderes en enfermería por brindar servicios con calidad, oportunidad y eficiencia. Dentro de la modalidad de la prestación del servicio, la intramural sigue siendo la más importante (82.2%), aunque la extramural (44.44%) y la telemedicina (20%) también se manifiestan como posibles opciones de atención en el país.

El nivel de complejidad de las heridas que presentan los pacientes que asisten a estas clínicas oscila entre media y alta, con un total entre ambas de 71.11%. Para su tratamiento, los resultados refieren que emplean insumos de alta tecnología en un 91%, lo que indica una prestación de servicios con calidad. Entretanto, el 92% de los servicios cuenta con protocolos y guías de manejo, al igual que el uso de altas tecnologías como la terapia de sistema VAC (no invasiva, controlada, que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización en un medio húmedo), aplicada en un 56.67%. Esto demuestra que las tecnologías más recientes son de provecho para los pacientes; sin embargo, también hay una oportunidad de aprendizaje en este sentido de un 43.33%.

Frente a la formación y experticia de los profesionales de las clínicas de heridas, el 63% tienen convenios educativos; no obstante, el 68.89% de las personas que allí laboran

respondieron que no pertenecen a ninguna organización que promulgue educación en el cuidado de heridas. En contraste, el 82.22% recibieron capacitación continua y actualizada sobre el cuidado y manejo de las personas con heridas a través de algún medio electrónico o presencial, lo que se complementa con que un 96% de los profesionales que atienden las clínicas de heridas están interesados en recibir capacitación o aumentar sus conocimientos en este sentido. Esto abre un campo en la educación formal para que se continúe implementando programas de educación en cuidado de pacientes con heridas.

En cuanto a la situación de salud actual, el 87% de las clínicas de heridas han recibido capacitación sobre bioseguridad en atención a pacientes con COVID-19. Así mismo, en general manifestaron que cuentan con algún equipo de protección personal si se deben enfrentar a una atención relacionada con el virus, lo que evidencia que se están cumpliendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que las disposiciones de la OMS. Finalmente, el 100% de los encuestados afirmaron conocer por lo menos una norma de las establecidas por el sistema de salud para la prestación de estos servicios.

BASE TEÓRICA DE LA PROPUESTA:

Como se detalla en el título de la propuesta, el principal referente es Avedis Donabedian y sus dimensiones de calidad en salud (interpersonal, técnica y del entorno). A continuación, se presenta una representación gráfica de la propuesta para las clínicas de heridas en Colombia que, englobadas se centran en el siguiente estándar de calidad:



Componente interpersonal:

El componente interpersonal está dado por el nivel de educación, experticia y educación continua de los profesionales de enfermería que atienden los pacientes con heridas. Por lo tanto, de acuerdo con la propuesta de Donabedian, el profesional idóneo para gestionar las clínicas de heridas es un enfermero/a que haya logrado un cuerpo de conocimiento práctico, basado en el cuidado de las personas con heridas, y que cuente con habilidades como *experticia* y *liderazgo*, al igual que *atención humanizada* para la prestación del servicio bajo estos estándares de calidad. Dichas características se podrán obtener dando cumplimiento a las siguientes pautas:



Así, el líder debe ser un enfermero/a, con capacidades invaluableles y que a la postre le permitan entender que a una persona con heridas se le debe tratar como a sí mismo.

Requisitos esenciales para ejercer como líder la clínica de heridas:

1. Ser profesional de enfermería con tarjeta profesional.
2. Estar asociado a la Organización Colegial de Enfermería.
3. Estar registrado en ReTHUS (Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud).
4. Contar con los siguientes cursos:
 - a. BLS actualizado
 - b. Violencia sexual actualizado
 - c. Buenas prácticas clínicas en investigación vigente.
5. Tener mínimo un curso de diplomado, especialización, maestría o doctorado en heridas.
6. Experiencia mínima de dos años en el área asistencial donde su quehacer le permita fortalecer las actividades de curación, observando los diferentes procesos y procedimientos y tecnologías.
7. Pertenecer a un gremio nacional o internacional que lidere el cuidado de las heridas, manteniéndose actualizado en los diferentes procesos, procedimientos y tecnologías.
8. Actualizarse continuamente en cuidado continuo de heridas (por lo menos dos veces al año). Dichas actualizaciones deben estar soportadas y archivadas en la hoja de vida.

Requisitos específicos por competencias:

1. Haber cursado diplomados, especializaciones, maestrías o doctorados en una institución reconocida.
2. Realizar procesos de investigación donde participe con otros profesionales de la salud y cuente con la respectiva acreditación.
3. Contar con habilidades de administración, planeación y supervisión para garantizar así las funciones del personal a su cargo.
4. Poseer habilidades de organización e iniciativa encaminadas a mejorar el estado de salud del paciente.
5. Ser buen comunicador, para asegurar así la ejecución correcta de aplicación de los diferentes procedimientos.
6. Ser precursor de espacios para la investigación y generación de artículos, acordes con los hallazgos y conclusiones obtenidas.
7. Atender a la transdisciplina que el equipo de trabajo requiere, la cual permite ofrecer un cuidado holístico.
8. Ser colaborador y participe entre las diferentes instituciones educativas y de investigación de atención médica, para así ofrecer una ruta de apoyo al momento de abordar problemas en su disciplina.
9. Funcionar como puerta de entrada a la autonomía profesional, la práctica independiente y el reconocimiento.

Un líder en el cuidado de personas con heridas deberá tener competencias específicas que le permitan ejercer cuidados de enfermería bajo un trato humanizado, de calidad, oportunidad y eficiencia. Esto requiere trabajar de forma interdisciplinaria, centrada en el paciente, donde se aplique la práctica avanzada de su servicio, de manera tal que su ejercicio permita garantizar beneficios para la salud de la persona tratada. Así mismo, hay 4 competencias que deben poseer los profesionales que administran esta labor (9):

1. Competencias de cuidado (prevención/tratamiento de heridas, terapias avanzadas, toma de decisiones, capacitación y supervisión clínica).
2. Competencias de calidad (formación especializada, formación de pares, investigación y auditoría).

3. Competencias liderazgo (adaptación a los cambios continuamente, trabajo en equipo y ser una guía consultoría dispuesta siempre a educar apoyar y dar lo mejor de sí para el trato humanizado).
4. Competencias gestión (selección de material/control de costes).

Atención humanizada de los líderes de las clínicas de heridas:

Toda persona que tenga una herida merece y debe ser tratada con amor, paciencia entendimiento y bondad, con los mejores estándares de calidad. Por lo tanto, el/la enfermero/a deberá:

1. Conocer previamente datos relevantes del paciente y realizar una anamnesis detallada para realizar un plan de cuidado de enfermería integral.
2. Saludar al paciente por su nombre con amabilidad y buen trato.
3. Tener una actitud amigable, positiva y animar al paciente indistintamente de la edad de este.
4. Se deberá presentar, diciendo su nombre, especificando además que se dedica a cuidar personas con heridas.
5. Explicar en detalle el procedimiento que aplicará a su paciente, de forma clara y sencilla.
6. Dar ejemplo del lavado de manos antes y después de procedimiento.
7. Brindar los cuidados respectivos, conservando siempre una técnica aséptica.
8. Su disposición siempre debe ser educar al paciente, al cuidador y al familiar.
9. Mantener una comunicación efectiva y ser cuidadoso en el uso de las palabras.
10. Debe proponer un plan de cuidado que permita mejorar calidad de vida del paciente.

En todo momento, debe hacer sentir al paciente como su centro de atención, brindándole los mejores dispositivos, dando un trato digno de protección y ayuda, en procura de disminuir el dolor y proporcionando calidad de vida y confort al receptor de su servicio.

Componente técnico:

Este componente está dado en torno a la normatividad, aplicación de protocolos y guías de tratamientos para el manejo de las heridas. Por ello, se encuentra orientado en la

oportunidad de garantizar el servicio desde la práctica, en donde además se deberá aplicar el uso de diferentes tecnologías, lo que al final repercute en la prestación de un buen servicio.

De esta manera, el experto deberá aplicar protocolos y guías de tratamientos para el manejo de las heridas con los diferentes tipos de técnicas, empleando además insumos de alta tecnología. En este sentido, se hace necesario contar con las guías de Práctica Clínica (GPC), cuyo objetivo es mejorar la efectividad y la calidad de la práctica asistencial, disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y establecer criterios homogéneos en el abordaje de las patologías más frecuentes. En este sentido, se requiere que el experto aplique conocimientos técnicos encaminados a la *cientificidad frente al cuidado de las personas con heridas* y a la *gestión de la información*.

Cientificidad al cuidado de las personas con heridas:



Toda clínica de heridas debe tener los protocolos mínimos impuestos por el Ministerio de Salud. Asimismo, podrá crear y adaptar las guías de manejo de las heridas y deberá proponer una metodología para lograr tener guías de manejo basadas en la evidencia, esto con el fin de dejar la práctica empírica y reemplazarla por la práctica científica, de manera que posibilite modelos a seguir, continuidad en los tratamientos y una mitigación del riesgo en casos donde el líder se encuentre ausente y subsistan vacíos en el conocimiento.

Es pertinente entonces conocer cuáles son los elementos para de la práctica basada en evidencia, fundamentada en la toma de decisiones clínicas basándose en cuatro elementos:

1. La experiencia y el juicio clínico del profesional (evidencia interna)
2. Las expectativas (demandas), preferencias y los valores de los usuarios
3. Los resultados de la investigación clínica (evidencia externa)
4. Los recursos sanitarios y humanos disponibles.

Estas recomendaciones serán a su vez recogidas en documentos especiales denominados como Guías de Práctica Clínica (GPC), cuyo objetivo es mejorar la efectividad y la calidad de la práctica asistencial, disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y establecer criterios homogéneos en el abordaje de las patologías más frecuente, como lo son la prevención y el tratamiento de úlceras por presión (UPP), úlceras venosas de la pierna (UVP) y úlceras de pie diabético, entre otras patologías, las cuales permitirán la implementación de las GPC en la práctica de los cuidados de pacientes con lesiones de la piel. Para ello, es necesario que promulguen convenios docente-asistenciales siempre que sea posible. Además, en este sentido, se puede notar que toda clínica de heridas debe ser centro de práctica para estudiantes de pregrado y posgrado, claro está, con los debidos convenios y aplicando la normatividad institucional y universitaria.

Por otro lado, es pertinente mencionar que, para brindar un cuidado de enfermería de calidad a las personas con deterioro en la integridad del tejido tegumentario, las clínicas de heridas deben disponer de guías y protocolos de promoción, prevención y tratamiento basados en la mejor evidencia científica publicada y basada en las experiencias del profesional de salud, entre los cuales se deben considerar esenciales las siguientes:

1. Protocolo de lavado de manos
2. Protocolo de bienvenida
3. Guía y protocolo de limpieza y desinfección
4. Protocolo del cuidado de heridas
5. Protocolo de disposición de residuos
6. Código de manual de bioseguridad
7. Políticas de calidad, seguridad y humanización

Por otro lado, en lo que respecta a la gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, es preciso mencionar que se deben cumplir con las condiciones mínimas e indispensables de procesos, de manera tal que se garanticen condiciones de almacenamiento, trazabilidad y seguimiento del uso de estos, con el propósito de mitigar los riesgos latentes. Cabe destacar que todos los dispositivos, medicamentos e insumos deben contar con el registro INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos).

Gestión de la información:

En razón a la gestión de la información, las clínicas deben ser garantes de principios de oportunidad, de forma que se guarde la respectiva reserva sin retardar la cadena de servicio, bajo las condiciones de precisión necesarias en términos de formulación, tratamiento y registro de antecedentes. A continuación, se detallan los diferentes tipos documentales que se deben precisar y tener en cuenta para ajustar a los términos ya descritos.

| | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Historia clínica Sistematizada</p> | <p>Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Ahora bien, en relación con la historia clínica electrónica en Colombia, es interoperable, y allí se intercambiarán datos médicos relevantes, así como documentos y expedientes del curso de la vida de cada persona.</p> |
| <p>Consentimiento Informado</p> | <p>Todo paciente que reciba atención, independiente de la modalidad (intramural, extramural o telemedicina), debe firmar el consentimiento informado, es decir el documento mediante el cual se garantiza que el usuario es informado y acepta o no voluntariamente la realización de todo tipo de procedimientos. Este documento debe atender a información como beneficios, terapias, complicaciones y efectos adversos. Además, debe estar redactado en forma clara de manera que resuelva las dudas generales que pueda tener el paciente.</p> |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Toma de fotografías | El registro fotográfico podrá ser tomado siempre con el consentimiento previo del paciente. Una vez tomada la fotografía, esta debe ser archivada en la historia clínica sistematizada como soporte de la evolución, lo que facilita llevar a cabo la observación en torno a la evolución del tratamiento. En lo posible, no se tendrán copias en cámaras de dispositivos móviles o portátiles, debido a que pueden llegar a afectar la seguridad y la intimidad del paciente. |
| Calidad y evaluación | Toda clínica de heridas en sus tres modalidades de atención debe contar con indicadores de calidad, es decir, registrar número de pacientes atendidos, eventos adversos, caídas, infecciones, complicaciones, quejas y cierre de heridas, entre los más relevantes. Estos no serán meros registros, en cambio servirán como insumo para medición de los servicios respectivos, lo que al final facilitará la toma de decisiones o ajustes en aras de mejorar la calidad del servicio. Se sugiere evaluar anualmente el estado de la clínica, teniendo como base las proyecciones para el año. |
| Planes de cuidado de enfermería | El líder de la clínica de heridas deberá realizar una valoración integral del paciente para poder obtener un diagnóstico de enfermería y lograr así un plan de cuidado que permita mejorar las condiciones de salud de la persona. |

Componente del entorno:

Al hablar del entorno, se hace referencia, además de los recursos físicos de infraestructura, a los componentes generales involucrados en la forma en la cual se prestan los servicios de salud, lo cuales como ya se ha mencionado son intramural, extramural y telemedicina.

Ahora bien, para que las clínicas de heridas brinden servicios de calidad es preciso tener en cuenta:

1. Competencia de los profesionales de la salud, continuidad de la atención y fácil acceso a la prestación del servicio.
2. Infraestructura: las edificaciones de salud en donde se establezca la clínica de heridas deben dar cumplimiento a las normas vigentes para la instalación y funcionamiento de los consultorios de salud, descritos en la Resolución 3100 de 2019. Además, se debe disponer de las siguientes zonas:

- a. Recepción
- b. Consultorios
- c. Baño
- d. Zona de aseo

De esta manera, es preciso señalar que las instalaciones físicas juegan un papel muy importante para las clínicas de heridas, por lo que es preciso que atiendan requerimientos en la medida de:

1. Ser un lugar de fácil acceso.
2. Estructura física cuidadosamente planeada y diseñada, teniendo en cuenta las necesidades en términos de desplazamiento para los pacientes.
3. Contar con la dotación y equipamiento para cada unidad, atendiendo las necesidades específicas de cada zona.

Ahora bien, se considera que la ubicación ideal para las clínicas de heridas es dentro de la estructura de una institución hospitalaria o centro de salud. Sin embargo, en la actualidad, en Colombia se están ofertando consultorios de enfermería en diferentes partes del país, donde de manera privada se pueden prestar los servicios de cuidado a las personas con heridas.

Se debe señalar que, de acuerdo con la modalidad de prestación de servicios, las necesidades y requisitos son evidentemente diferentes; sin embargo, se deberán adoptar las medidas necesarias para las demás modalidades, para cada región y nivel cultural, pues en estos términos las necesidades son vulnerables a distintos cambios. Adicionalmente, se deben tener en cuenta la cantidad y calidad de personal, equipos e instrumentos, recursos financieros, normas, reglamentos, procedimientos y sistemas de información, que, como ya se mencionó, puede variar por diferentes circunstancias.

Ahora bien, como se ha mencionado, la modalidad de telemedicina también es una opción de atención que se encuentra regulada en Colombia mediante la Resolución 2654 de 2019 (6). Al respecto, se debe señalar que en dicha resolución se incluye al profesional de enfermería, especialmente en servicios como provisión de servicios de salud a distancia en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación (6). Los programas de telemedicina deben garantizar, entonces, tanto a los profesionales como a las personas con heridas la accesibilidad al sistema y a la resolución de problemas, así como la preservación de los derechos de las personas. Se puede resaltar de esta modalidad de prestación del servicio de salud que representa diversas ventajas para la persona con heridas crónicas, pues permite evitar el desplazamiento a la clínica, así como recibir atención y orientación a sus necesidades en los distintos procesos, técnicas y actuaciones de cuidado.

GUÍAS Y PROTOCOLOS PARA TENER EN CUENTA PARA UNA CLÍNICA DE HERIDAS CON ESTÁNDARES DE CALIDAD:

Atendiendo la regulación y normatividad estipulada en Colombia para la prestación de servicios en salud, es preciso señalar que todas las clínicas deben contar con las guías y protocolos para los servicios que se ofertan en las diferentes unidades. Por lo tanto, el Ministerio de Salud determina, por medio de la Resolución 3100 de 2019, la importancia de los procesos prioritarios en las diferentes unidades de servicios de salud, cuya existencia es obligatoria. Esto indica además que, respecto a los procesos asistenciales, ellos deben ser socializados, puesto que condicionan directamente la prestación de manera que en la ejecución del servicio los riesgos se atiendan de la mejor manera posible.

En este sentido, el profesional independiente de servicios de salud debe contar con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acorde a su objeto, alcance y enfoque diferencial, las cuales pueden ser guías de práctica clínica, procedimientos de atención, protocolos de atención, entre otros. Así mismo, la información documentada debe ser conocida a través de acciones de formación continua, la cual es impartida por el talento humano encargado y responsable, incluyendo el talento humano de entrenamiento. Esta socialización debe ser documentada en actas educativas, las cuales son la evidencia de la actividad. De igual forma, el prestador de servicios debe contar con información documentada de la adopción, adaptación o desarrollo de guías o protocolos basados en la evidencia científica.

Por lo anterior, para las clínicas de heridas se sugiere que se adopten, en primera medida, las guías de práctica clínica y protocolos que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, que, para este caso, serían los paquetes instructivos de piel y seguridad del paciente. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud debe desarrollar, adoptar o adaptar las guías de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio, y ello debe estar debidamente documentado.

Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social exige que toda institución prestadora de servicios en salud (clínicas de heridas) cuente con dichos paquetes institucionales de guías técnicas, los cuales el Ministerio da a conocer en su página virtual y se relacionan a continuación, a fin de que el prestador de servicios inspeccione y garantice que cuenta con ellos para atender así el requisito.

Listado de documentos, guías y protocolos para tener en cuenta para las clínicas de heridas en Colombia:

1. Momentos de lavado de manos:
https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf?ua=1
2. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
3. Prevención de úlceras por presión:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>
4. Seguridad del paciente y la atención segura:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
5. Guía sobre Clasificaciones NANDA, NOC, NIC 2018-2020:
https://contenidos.salusplay.com/hubfs/ebooks/Clasificaciones-NANDA-NOC-NIC-2018-2020.pdf?utm_campaign=M%C3%A1sters%20Enfermer%C3%ADa&utm_medium=email&hsenc=p2ANqtz--SbPNXZ68t_vRiCYFqiN2vjQOFvkB7GMI4ZBdIH7T8Tx9SIJgLhS1AbO_b-HaEiWC8My
6. Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) 2015:
https://www.ulceras.net/publicaciones/iad_es_finalweb.pdf
7. Guía de atención a personas con incontinencia urinaria 2020:
<https://www.ulceras.net/publicaciones/libro-incontinencia-urinaria.pdf>
8. A nivel internacional, se encuentran guías publicadas en la siguiente página:
<https://www.ulceras.net/recursos.php?clase=2&tipo=5>

Guías clínicas:

Por otra parte, se sugiere además consultar las guías internacionales que se listan a continuación para el cuidado de personas con lesiones en la piel:

1. Guías sobre úlceras por presión
2. Guías sobre úlceras de miembros inferiores
3. Guías sobre otras heridas y/o temas relacionados
4. Guías de la EPUAP
5. Guías de la EWMA
6. Guías de la WUWHS
7. Guías de sociedades españolas
8. Guías de consenso internacional
9. Guías sobre incontinencia
10. Guías sobre lesiones cutáneas asociadas a la humedad
11. Guías sobre úlceras tumorales
12. Guías clínicas de empresas
13. Guías sobre terapia de compresión
14. Guías de la RNAO
15. Guías NICE
16. Guías de tratamiento antimicrobiano

REFERENCIAS:

1. Pimentel-Jaimes JA, Casique-Casique L, Álvarez-Aguirre A, Higuera-Sainz JL, Bautista-Alvarez TM. Consulta de enfermería: un análisis de concepto. SANUS [Internet]. 2019 [citado el 13 de enero de 2021];(10):70–84. DOI: 10.36789/sanus.vi10.134.
2. Resolución 2003 de 2014. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
3. Zapata Pulgarín IC, Patiño Jiménez M. Beneficios clínica de heridas, dos revisiones sistemáticas: clínica y económica. Cienc y Salud Virtual [Internet]. 2019 [citado el 13 de enero de 2021];11(1):50–67. DOI: 10.22519/21455333.1156.
4. González de la Torre H. Unidades de Heridas en España [tesis doctoral] [Internet]. Universidad de Alicante; 2017 [citado el 13 de enero de 2021]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/69973>
5. Resolución 3100 de 2019. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.
6. Resolución 2654 de 2019. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.
7. Ley 1419 de 2010. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia; 2010.
8. Ministerio de Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Bogotá D.C.; 2008. p. 12.
9. Silva RM, Fernandes FAV. Competências do Gestor de Feridas: scoping review. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [citado el 13 de enero de 2021];40. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180421.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL:

Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018 [Internet]. 2018 [citado el 16 de enero de 2021]. p. 274. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>

Resolución 1995 de 1999. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de Colombia; 1999.

Resolución 8430 de 1993. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.

