



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Cumplimiento del Protocolo de Curación de Heridas por parte del
equipo de salud en el servicio de Traumatología y Ortopedia del
Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la
ciudad de Guayaquil 2015**

AUTORAS:

**Mora Peralta Olga Lelly
Espinoza López Esperanza Del Rocío**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**Previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería**

TUTORA:

Lcda. Olga Muñoz Roca

Guayaquil - Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Olga Lelly Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López** como requerimiento parcial para la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERIA.

TUTORA

Lcda. OLGA MUÑOZ ROCA.

**Lcda. ANGELA MENDOZA
VINCES DIRECTORA DE LA
CARRERA**

Guayaquil, a los 14 del mes de Marzo del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López**
DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: Cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil, previa a la obtención del Título de Licenciada/o en Enfermería ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2016

LAS AUTORAS

Olga Lelly Mora Peralta

Esperanza del Rocío Espinoza López



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

**Nosotras, Olga Lelly Mora Peralta y Esperanza del Rocío
Espinoza López**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil, desde mayo hasta diciembre 2015, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2016

LAS AUTORAS

Olga Lelly Mora Peralta

Esperanza del Rocío Espinoza López

AGRADECIMIENTO

A Dios, ha sido mi fortaleza en este arduo camino hacia le éxito.

A mi familia por comprender mi trabajo y mi profesión.

A mis docentes que me llenaron de conocimientos y enseñanzas que perduraran en mi vida.

Esperanza Espinoza López

Gracias

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi querida hermana por su gran apoyo en mis estudios, a mis queridos padres, que con su gran fortaleza, paciencia y con mucha constancia me ayudaron a enfrentar todos los obstáculos que se me presentaron en el transcurso de mis estudios para seguir adelante.

A la niña de mis ojos, Angie, por ella nunca me detuve y seguí adelante para que se sienta orgullosa de mi, para que más adelante me supere como persona y como profesional, y que recuerde que siempre le digo “piensa bien y veras que todo te va bien”.

Olga Mora Peralta

Gracias

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primero a Dios por darme fortaleza para seguir adelante siempre he tenido en mente “el tiempo de Dios perfecto”, a mis hijas que son mi razón de ser, quienes son la luz que guía mi camino, por quienes siempre me he esforzado de ser un buen ejemplo y finalmente a todos aquellos amigos que me apoyaron moral y económicamente Yuli Mora, Franklin Mora *María Cedeño, Teresa Andrango, Hilda Rangel Katherine Castro por compartir los buenos y malos momentos.*

Todos aquellos familiares y amigos que siempre me apoyaron.

Olga Mora

Gracias

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a Dios, mi familia y amigos, que me apoyaron, cooperaron constantemente y creyeron en mí y en mis objetivos de vida.
Dedico esta investigación a mis queridos docentes que gracias a sus enseñanzas he logrado conocer desde varias perspectivas la vida enfermera.

Esperanza Espinoza

Gracias

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

| | |
|--|------|
| Certificación | i |
| Declaración de responsabilidad..... | ii |
| Autorización..... | iii |
| Agradecimiento | iv |
| Agradecimiento | v |
| Dedicatoria | vi |
| Dedicatoria | vii |
| Índice general..... | viii |
| Índice de gráficos | xi |
| Resumen..... | xii |
| | |
| Introducción..... | 1 |
| CAPÍTULO I | |
| 1.1. Planteamiento del problema | 3 |
| 1.2. Preguntas de investigación..... | 6 |
| 1.3. Objetivos | 7 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 7 |
| 1.3.2. Objetivos específicos..... | 7 |
| 1.4. Justificación..... | 8 |
| CAPITULO II | |
| 2. Fundamentos conceptuales..... | 10 |
| 2.1. Antecedentes de la curación de heridas | 10 |
| 2.2. Estructura de la piel..... | 11 |
| La piel por capas | 11 |
| Fisiología de la piel | 12 |
| 2.3. Definición de herida..... | 13 |
| 2.3.1. Tipos de heridas según el grado de contaminación | 14 |
| 2.4. Valoración de una herida..... | 15 |
| Visión integral | 15 |
| Valoración del estado nutricional e hidratación del paciente | 15 |
| Valoración psicosocial | 16 |

| | |
|---|----|
| 2.4.1. Valoración del entorno de cuidados | 16 |
| 2.4.2. Valoración de la herida | 17 |
| 2.4.3. Utilización de un formulario para la valoración de heridas | 17 |
| 2.4.4. Signos y síntomas de infección de una herida..... | 18 |
| 2.4.5. Complicación de las heridas | 18 |
| 2.4.5.1. Infección del sitio quirúrgico..... | 19 |
| 2.5. Cicatrización | 22 |
| 2.5.1. Fases de la cicatrización..... | 22 |
| 2.5.1.1. Fase inflamatoria | 22 |
| 2.5.1.2. Fase de fibroplasia o proliferación | 23 |
| 2.5.1.3. Fase de maduración..... | 23 |
| 2.5.2. Tipos de cicatrización..... | 23 |
| 2.5.2.1. Cicatrización de primera intención | 23 |
| 2.5.2.2. Cicatrización de segunda intención (granulación) | 25 |
| 2.5.2.3. Cicatrización por tercera intención | 25 |
| 2.5.3. Factores que influyen en la cicatrización de una herida | 26 |
| 2.5.3.1. Complicaciones de la cicatrización | 26 |
| 2.5.3.1.1 Infección de la herida | 27 |
| 2.5.3.1.2 Separación de la herida (dehiscencia)..... | 27 |
| 2.6. Curación | 28 |
| 2.6.1. Tipos de curaciones | 28 |
| 2.6.1.1. Curación tradicional..... | 28 |
| 2.6.1.2. Curación avanzada..... | 29 |
| 2.7. Limpieza de las heridas..... | 29 |
| 2.7.1. Técnica de arrastre mecánico | 30 |
| 2.7.2. Limpieza con solución estéril | 30 |
| 2.8. Control de exudado..... | 31 |
| 2.8.1. Tipos de exudados..... | 32 |
| 2.9. Normas de utilización y conservación de antisépticos | 32 |
| 2.10. Técnicas de curación de acuerdo al tipo de herida | 33 |
| 2.11. Cicatrización en medio húmeda | 36 |
| 2.12. Apósitos | 36 |
| 2.13.1. Apósitos activos | 36 |
| 2.13.4. Apósito tradicional..... | 39 |
| 2.13.3. Apósitos interactivos | 39 |

| | |
|--|----|
| Variables generales y operacionalización | 40 |
| CAPÍTULO III | |
| 3. Diseño de la investigación o materiales y métodos | 43 |
| CAPÍTULO IV | |
| Presentación de análisis y resultados | 45 |
| Bibliografía | 58 |
| Anexos | |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | | |
|---------------|---|----|
| Gráfico N°1. | Cumplimiento de valoración del paciente y su herida | 45 |
| Gráfico N°2. | Cumplimiento de la higiene de manos | 46 |
| Gráfico N°3. | Prepara los materiales previamente para la curación de heridas | 47 |
| Gráfico N°4. | Orientación al paciente acerca del procedimiento | 48 |
| Gráfico N°5. | Bioseguridad: uso correcto de los elementos de protección personal | 49 |
| Gráfico N°6. | Utiliza la técnica adecuada en la curación de heridas | 50 |
| Gráfico N°7. | Registro y descripción de las características de la herida | 51 |
| Gráfico N°8. | Clasificación adecuada de los desechos hospitalarios | 52 |
| Gráfico N°9. | Integrantes del equipo de salud de curaciones de heridas | 53 |
| Gráfico N°10. | Capacitaciones impartidas por la institución sobre el protocolo de curación de heridas | 54 |

RESUMEN

Partiendo de que el protocolo de curación de heridas es un conjunto de pasos al realizar el procedimiento y según Andalia “la segunda causa de infecciones nosocomiales se atribuye a la infección del sitio quirúrgico” (Andalia, y otros, 2007), se puede decir que, existen diversos factores que contribuyen a la aparición de la infección. Son pocos los datos que se tiene de estudios realizados para identificar medidas de control. Con el objetivo de identificar el cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud que labora se realizó este estudio en las salas del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza en la ciudad de Guayaquil, es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, donde se tomó como muestra a 46 personas que conforman el equipo de salud, se utilizó la encuesta y una guía de observación directa para la respectiva recolección de datos, llegando a la conclusión que el equipo de salud no cumple con todos los pasos descritos en el protocolo, exponiendo y exponiéndose al riesgo de infección aumentando la estancia hospitalaria de los pacientes, en base a esto se recomienda que la capacitación permanente del personal por parte de la institución acerca de curaciones de heridas y los beneficios que tiene cumplir el protocolo a cabalidad.

Este estudio servirá para elaborar estrategias que permitan solucionar las deficiencias en cuanto al cumplimiento de curación de heridas.

Palabras clave: Protocolo de curación, técnica de curación, infección de heridas, equipo de salud

ABSTRACT

Assuming that the protocol wound healing is a set of steps to perform the procedure and according Andalia "the second leading cause of nosocomial infections is attributed to the surgical site infection" (Andalia, et al, 2007), one can say that there are several factors that contribute to the onset of infection. Few data have of studies to identify control measures. In order to identify protocol compliance wound healing by the health team that works this study was conducted in the halls of service of Traumatology and Orthopedics Hospital General Luis Vernaza in the city of Guayaquil, it is a study of type descriptive cross-sectional, where it was sampled 46 people who make up the team of health, survey, and a direct observation for the respective data collection was used, concluding that the health team does not meet all the steps in the protocol, exposing and exposing themselves to the risk of infection increasing hospital stay of patients on this basis it is recommended that the permanent training of staff by the institution on healing of wounds and the benefits it has to comply the protocol fully.

This study will develop strategies to address the shortcomings in meeting wound healing.

Keywords: protocol healing, healing technique, infection of wounded, health equipment

INTRODUCCIÓN

Cada año por causa de heridas traumáticas mueren aproximadamente 1,25 millones de personas en todo el mundo y es en las naciones con menores ingresos donde se produce casi el 90 % de accidentes de tránsito, es preciso decir si no se previene y se actuar inmediatamente para el 2030 este tipo de accidentes que originan lesiones de tipo traumatológica estará dentro de una de las 7 causas de muerte (OMS, 2012)

Según la OMS, cada año entre 20 y 50 millones de individuos padecen de algún tipo de traumatismos no mortales y una parte de éstos queda con secuelas y alguna forma de discapacidad, representando para los afectados y sus familiares pérdidas elevadas de dinero. Se producen pérdidas a consecuencia de los costos del tratamiento (incluye la rehabilitación e investigación del accidente) y de la disminución o anulación de productividad de dicho individuo que por su lesión deja de producir y demanda tiempo de sus familiares para su cuidado (OMS, 2012).

Se conoce poco de los costos de las lesiones, pero investigaciones del año 2012 indican que las lesiones traumatológicas cuestan a los países aproximadamente un 3% de PIB, y que dicha cantidad puede elevarse al 5% en algunos países subdesarrollados. El 48% de las muertes que se producen en mundo por dicho tipo de lesiones se da en personas entre 15 y 44 años de edad; el sexo masculino desde temprana edad está más expuesto al riesgo de sufrir algún tipo de lesión traumatológica y son las víctimas de unas tres cuartas partes (73%) de la patología en mención (OMS, 2012)

En el proceso de la evolución del hombre, este ha tenido que luchar contra diversos elementos propios de su entorno para supervivir, dando se las consiguientes lesiones y heridas en su propia persona.

En 1616, en Italia, Universidad de Ferrara, Cesare Magati, cirujano de la época, siente la curiosidad y preocupación por el proceso de cicatrización de heridas, desarrollando escuelas sobre el cuidado de las mismas. (Corella, Mas, & Tarragon, 2011)

El estudio realizado se desglosa en varios capítulos en los cuales se muestra la problemática a investigar que es el cumplimiento del protocolo de curación de heridas, en el marco teórico en el cual se referencian todos los conceptos utilizados como lo son: valoración de heridas, tipos de heridas y su respectiva curación, la metodología utilizada es de tipo descriptiva, cuantitativa de corte transversal y la relación de los datos obtenidos y los datos que existen acerca del cumplimiento del protocolo de curación de heridas a nivel mundial.

Este estudio es realizado con la finalidad de conocer sobre el protocolo de curación de heridas y su cumplimiento por parte del equipo de salud en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil, este estudio se enfoca en obtener datos de cómo se realiza el procedimiento de curación de heridas utilizando instrumentos de recolección de datos como lo son: encuestas y guía de observación directa para luego compartirlos con la institución y con el servicio en donde realizaremos la investigación.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, anualmente, surgen complicaciones en los pacientes por causa de infecciones nosocomiales. Como consecuencia, algunas deben extender su estadía hospitalaria, otras quedan con secuelas por largos periodos y otras fallecen. (OMS, 2016)

Para una pronta cicatrización de heridas es necesario que varios factores coexistan: técnica adecuada de curación de heridas, administración correcta de antibióticos, mantenimiento de la herida en un lugar que guarde las condiciones asépticas necesarias para una rápida recuperación del sitio corporal lesionado y para evitar la infección, es importante el estado nutricional del paciente, un adecuado manejo de y cumplimiento del protocolo durante el pre, trans y postoperatorio (en heridas quirúrgicas), el personal que realiza el procedimiento debe estar capacitado y regirse a las normas universales que establecen las entidades rectoras de las salud.

Como estudiantes de la carrera de Enfermería hemos observado en el servicio de traumatología y ortopedia de la casa de salud antes mencionada, ciertas situaciones donde se incumple el protocolo de curación de heridas que posee dicho servicio, es preciso indicar que en el protocolo facilitado por la institución se observa que no hay referencias bibliográficas evidenciando la falta de respaldo teórico-científico de dicho documento, además el uso incorrecto de ciertos materiales como guantes estériles, guantes de manejo, solución antiséptica, etc. Por otro lado se observa que el ambiente donde se realiza el procedimiento es en la misma unidad, sabiendo que en la misma sala existen 5 pacientes más y cada uno de éstos tiene diferente tipo de herida, no existe clasificación de pacientes con respecto al tipo de herida que posee.

No se observa capacitación continua acerca de curaciones de heridas al personal que realiza con mayor frecuencia dicho procedimiento (auxiliares de enfermería) y al momento de realizar las curaciones se observa que se impone el criterio individual de cada integrante del equipo de salud.

Sabiendo que el cumplimiento del protocolo y la aplicación de una correcta de curación de heridas cumple un papel muy importante en la rehabilitación del paciente, de no ser así habrá mayor tiempo de hospitalización, aumentará el riesgo de contraer alguna infección, mayor costo de la enfermedad, tanto para el paciente como para los sistemas de salud, además de perjudicar la capacidad productiva de la persona enferma disminuyendo o anulando su aporte en la sociedad.

El cumplimiento del protocolo de curación de heridas disminuye las complicaciones en el paciente, una de éstas es la infección de la herida, dicha complicación tiene sus implicaciones tanto en el estado de salud como en la parte económica para el paciente y para la casa de salud.

En Ecuador, debido a la escasez de datos sobre este tema se presentan los resultados de un estudio prospectivo sobre los factores de riesgos asociados a la infección del sitio quirúrgico y la incidencia de procesos infecciosos en ortopedia y traumatología en el Hospital Alcívar de la ciudad de Guayaquil durante el periodo de enero del 2009 a diciembre del 2011. En el periodo de estudio se realizaron 1377 cirugías de ortopedia y traumatología de estas se excluyeron 483 pacientes que por diferentes motivos no siguieron el control posoperatorio. Se tomaron en cuenta las recomendaciones del CDC (Center for disease control and prevention) y de la ASA (American Society Anesthesiologists). La incidencia de infección fue de 3.5% (32 pacientes). Se observó estrecha relación en los pacientes que estuvieron más tiempo hospitalizado con la infección de la herida. La principal bacteria aislada fue el estafilococo aureus. No hubo relación importante sobre el estado de salud preoperatorio del paciente valorados por medio del ASA y clasificados con la escala NNISS y la infección del sitio quirúrgico (Andrade, 2012). A continuación un análisis de alcance y costo de infecciones nosocomiales:

- En la actualidad, más de 1,4 millones de habitantes del mundo contraen infecciones de tipo hospitalaria
- Entre el 5% y el 10% de los pacientes que están hospitalizados contraerán una o más infecciones.

- En los países del primer mundo, el riesgo de infección nosocomial es de 2 a 20 veces mayor que en las naciones subdesarrolladas desarrolladas.
- En U.S.A., uno de cada 136 pacientes hospitalarios se enferman de manera grave a causa de una infección nosocomial; esto equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año.
- En México, se calcula que 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes por año.
- Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo aproximado de 1.000 millones de libras por año. En los Estados Unidos, la cifra es de entre 4.500 millones y 5.700 millones de dólares (OMS, 2014)

La investigación se realiza en el en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil, dicho servicio cuenta con una capacidad de 60 camas, distribuidas 30 para hospitalizar pacientes de sexo femenino y 30 para pacientes de sexo masculino, se cuenta con 10 salas, cada sala se constituye de 6 camas; en dicho servicio se recibe pacientes provenientes del servicio de emergencia o centro quirúrgico.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿El equipo de salud cumple con el protocolo de curación de heridas en los pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología Y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta De Beneficencia De La Ciudad De Guayaquil?

¿El protocolo de curación de heridas del servicio de Traumatología Y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de La ciudad de Guayaquil tiene fundamento científico que vaya acorde con las normas universales para dicho procedimiento?

¿Qué nivel de formación tienen los integrantes del equipo de salud que realizan las curaciones de heridas a los pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología Y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta De Beneficencia De La Ciudad De Guayaquil?

¿El equipo de salud cumple con las medidas de bioseguridad en el servicio de Traumatología Y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta De Beneficencia De La Ciudad De Guayaquil?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar el cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil.

1.3.2. OJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar al personal que realiza las curaciones en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil de acuerdo al nivel académico y formación profesional.
- Determinar el cumplimiento de la valoración de heridas de acuerdo al protocolo por parte del equipo de salud en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil.
- Identificar el cumplimiento de medidas de bioseguridad por parte del equipo de salud en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil.
- Determinar el registro en notas de enfermería en las historias clínicas de las características de la herida y curación realizada por parte del equipo de salud en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se realiza con la finalidad de obtener datos acerca del cumplimiento del protocolo de curación de heridas de pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio de traumatología, ya sea, por algún tipo de cirugía ortopédica o por secuelas de lesiones producidas por traumatismos en el sistema óseo. Una de los factores para que se dé la infección en el sitio de la herida es el inadecuado manejo de la misma, según ScienceDirect, “ las infecciones de la localización quirúrgica (ILQ) son muy frecuentes y representan más del 20% del total de infecciones hospitalarias (Science Direct, 2014)); cabe recalcar que realizar el procedimiento de manera adecuada y aplicando todas las medidas asépticas normatizadas por organismos certificados, influye de manera positiva disminuyendo el riesgo de infección de la herida. Toma sentido nuestro trabajo de investigación al percibir durante las horas de labor en la institución mencionada con anterioridad, la diversidad de criterios de los integrantes del personal sanitario en cuanto a la técnica utilizada al momento de realizar las respectivas curaciones, si bien es cierto, no todos los pacientes tienen el mismo tipo de herida o lesión; por lo tanto, no todos deben ser tratados de la misma manera, entonces surgió en nuestro pensamiento la idea de que tal procedimiento debe regirse por algún protocolo o guía que nos direcciona hacia la buena práctica enfermera y por ende a la pronta rehabilitación de los pacientes hospitalizados en el servicio de traumatología y ortopedia. En realidad el propósito de este estudio es basarnos en evidencia científica y bibliografía actualizada para fortalecer los conocimientos enfermeros acerca de manejo de heridas y específicamente en la técnica de curación de heridas en pacientes con lesiones de origen traumatológico para mejorar la calidad de nuestros cuidados. Debemos ser efectivos al momento de realizar nuestros procedimientos, de ésta manera disminuir la estadía del paciente, complicaciones, riesgos y los costos del tratamiento para dichas patologías.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

2.1. Antecedentes de la Curación de heridas

La historia nos revela que el hombre a medida que avanza en el tiempo ha luchado contra las adversidades presentadas por el entorno y las consecuentes lesiones y heridas a las que ha estado expuesto durante su proceso de supervivencia y evolución. Es por eso que los cuidados y curación de sus heridas ha sido un aspecto muy discutido desde la perspectiva científica y práctica.

Al pasar de una etapa nómada a sedentaria, la mujer asume funciones muy importantes como son los cuidados a la puérperas, cuidados de enfermos y heridos, sabemos que hoy en día aquellos cuidados los brinda en enfermero o enfermera. Con el sedentarismo el cuidado de las heridas progresa porque el herido ya no es abandonado ni retrasa el desplazamiento de las tribus y más bien se le puede atender y cuidar de él hasta que la lesión sane.

En ciertas bibliografías, algunas se encuentran plasmadas en el Antiguo Testamento e donde encontraremos evidencias que manifiestan que la curación de heridas era realizada por hechiceras, brujos, sacerdotes, etc., quienes emplearon todo su conocimiento y habilidad mediante rezos, sacrificios o hierbas que utilizaban durante sus rituales para tratar dichas lesiones.

En Grecia, 460-370 a. de C., surge Hipócrates considerado como el padre de la terapéutica, aportando con una importante cantidad de conocimientos, destacando los cuatro puntos que conforman el método hipocrático:

- Observar todos los de los pacientes.
- Estudiar al paciente más que a la patología.
- Realizar una evaluación imparcial.

- Ayudar a la naturaleza. (Corella, Mas, & Tarragon, 2011)

2.2. Estructura de la Piel

Con una extensión de 2,2 m² la piel en una persona en edad adulta, es el órgano más extenso del organismo, cabe recalcar que posee $\frac{1}{3}$ del total de la sangre de nuestro cuerpo y está a cargo de importantes funciones, como:

- Termorregulación
- Primera barrera corporal frente a amenazas bacteriológicas.
- Protección frente a lesiones mecánicas.
- Protección contra los rayos ultravioletas.
- Regulación del equilibrio hidroelectrolítico.
- Órgano sensorial que enlace el entorno con el organismo.
- Participa en el sistema inmunológico.
- Produce de hormonas.

2.2.1. La piel por capas

La piel está constituida por dos capas principales:

- Epidermis
- Dermis
- Hipodermis

2.2.1.1. Epidermis: es la membrana más externa de la piel, Tiene un grosor de entre 1.4 y 1.5 mm y está constituida por cinco capas de células que se renuevan continuamente:

- Capa córnea
- Capa lúcida
- Capa granular
- Capa espinosa
- Capa basal

La epidermis es avascular, no contiene gran cantidad de vasos sanguíneos, y se nutre por difusión desde la dermis, dentro de ella existen cuatro tipos de células:

1. Queratinocitos: estimulan el crecimiento de las células epiteliales que se encuentran en las superficies de boca, estómago e intestinos.
2. Melanocitos: producen melanina, un pigmento de la piel, ojos y pelo su se enfocan en bloquear los rayos ultravioleta, de esta manera se evita las lesiones del ADN que están expuestas a la luz.
3. Células de Langerhans: participan en las respuestas inmunes.
4. Células de Merkel: sirven en la percepción de la sensibilidad táctil.

2.2.1.2. Dermis:

Dicha capa está ubicada anatómicamente debajo de la epidermis, formando una red de colágeno y fibras elásticas. Siendo la segunda línea de defensa ante los traumatismos protege al organismo de posibles traumatismos (su grosor está entre 20 y 30 veces mayor que el de la epidermis). Está constituida por 2 capas:

1. Dermis papilar: Es la capa más superficial, está constituida por tejido conectivo laxo, ubicada por debajo de la epidermis.
2. Dermis reticular o corión: Es la capa más profunda y más gruesa de la dermis, constituida por un tipo de tejido conjuntivo denso.

2.2.1.3. Hipodermis: Constituye el estrato o capa más profunda de la piel, pues, almacena el tejido adiposo, formando células llamadas adipocitos, que aíslan y almacenan energía en forma de grasa.

2.2.2. Fisiología de la piel

Los órganos internos, los músculos y los huesos están cubiertos por la piel, envolviendo a todo el organismo y mostrándolo compacto. Su grosor depende de la zona corpórea que recubre, pues, en los párpados es muy fino y solamente tiene 0,5 milímetros de grosor. Se la considera una enorme glándula que recubre todo el cuerpo, sirviendo de enlace entre el mundo interno con el externo.

Funciones que cumple la piel:

- **Protección:** primera barrera de protección de nuestro cuerpo.
- **Termorregulación:** tiende a regular la temperatura a parámetros en los cuales los procesos corporales se den sin dificultades.
- **Sensibilidad:** Por esta función es que sentimos calor, frío, etc... Por ello se le da el nombre de cerebro periférico.
- **Almacenamiento:** Es un reservorio de múltiples sustancias como: minerales, sustancias grasas, sustancias orgánicas, hormonas, vitaminas, etc...
- **Emuntorio:** Es la eliminación de distintas sustancias a través del sudor y la secreción sebácea.
- **Antimicrobiana:** Es la primera gran defensa del organismo y actúa como una barrera natural. Si esta barrera se rompe se producen las infecciones.
- **Melanógena o de pigmentación:** contiene células melanógenas en su capa basal, que producen la melanina, que es la que da los distintas coloraciones a la piel (McConnell KLH., 2012)

2.3. Definición de Herida.-Una herida es una lesión que se produce en el cuerpo humano por múltiples razones, aunque generalmente es debido a golpes (traumatismos) o desgarres en la piel.

Su clasificación es:

- Herida abierta: aquella en la cual la piel haya perdido su continuidad.
- Herida por aplastamiento: los tejidos se desgarran al existir una presión mayor a la que soporta la estructura corporal.
- Herida por arrancamiento o avulsión: en la que es separado por tracción violenta un miembro o segmento del mismo
- Herida aséptica: es la que aún no se ha contaminado por agentes patógenos.
- Herida contusa: la producida por un objeto obtuso.
- Herida incisa: la producida por un elemento cortante.
- Herida lacerada: cuando existe desgarro de tejidos.

- Herida penetrante: la que deja una cavidad corporal abierta o que atraviesa el cuerpo de parte a parte.
- Herida en sedal: la penetrante con orificio de entrada y salida en el mismo lado.
- Herida séptica: la infectada con gérmenes patógenos.
- Herida subcutánea: se produce a nivel del tejido celular subcutáneo.

2.3.1. Curación de heridas según el grado de contaminación

Las heridas se clasifican en 4 tipos de acuerdo a la contaminación y al riesgo de infección:

2.3.1.1. Heridas limpias.- El 75% de todas las heridas pertenecen a esta clase.

Estas incisiones electivas se realizan en condiciones estériles y no tienen propensión a infectarse. La inflamación es natural en el proceso de cicatrización y en las heridas limpias se cierran por primera intención y no se deja drenaje.

Si se cumple con la técnica aséptica durante el procedimiento y el cirujano no llega a la cavidad oro-faríngea o al tracto respiratorio, alimentario o genitourinario. (Hospital de Mostoles, 2012)

2.3.1.2. Heridas limpias-contaminadas.- se producen respetando la técnica aséptica al invadir cavidades corporales que contiene flora bacteriana habitual como cavidad torácica, aparato digestivo, genitourinario o en cavidad bucofaríngea.

También están dentro de esta clasificación las apendicetomías y las cirugías vaginales, así como las heridas limpias que se contaminan por la ruptura de una víscera que provoca una mínima salida de su contenido. (Correa, 2011)

El cirujano puede penetrar en cualquier parte de la cavidad orofaríngea. Si penetra en el tracto respiratorio o alimentario, no ocurre salida significativa. Cuando penetra en el tracto genitourinario o biliar, no hay contaminación de orina o bilis infectada.

2.3.1.3. Heridas contaminadas.-

Son las que se producen por algún accidente o por la no aplicación de la técnica aséptica o cuando se produzca un derrame en

cantidades importantes del contenido gastrointestinal, están incluidas las incisiones con inflamación aguda no supurativa, fracturas y lesiones que tengan más de 4 horas de evolución.

Estas incluyen: laceraciones de tejidos blandos, fracturas abiertas, y heridas penetrantes; procedimientos operatorios en los que hay exposición del tracto gastrointestinal; cirugías en las vías biliares o tracto genitourinario en presencia de bilis o de orina infectada; y procedimientos en los que no se respeta la técnica aséptica. Los microorganismos en 6 horas una herida contaminada puede estar infectada debido a la velocidad de proliferación de los microorganismos patógenos. (Correa, 2011)

2.3.1.4. Heridas sucias e infectadas.- este tipo de heridas por lo general tienen más de 4 horas de evolución, con retención de tejidos necróticos, o incisión quirúrgica sobre una parte infectada, o con ruptura intestinal, heridas que no cierran por primera intención y se coloniza de patógenos. La probabilidad de infección supera al 25% (Universidad Industrial de Santander, 2016)

Por lo general son heridas infectadas antes del procedimiento quirúrgico. “La infección presente en el momento de la operación puede aumentar la velocidad de infección de cualquier herida un promedio de 4 veces”. (Correa, 2011)

2.4. Valoración de una herida

2.4.1. Visión integral

La valoración es el primer paso en la planificación del tratamiento y evaluación de los resultados. Es esencial a la hora de la comunicación entre los miembros del equipo de salud. La valoración debe tener un enfoque holístico.

2.4.2. Valoración del estado nutricional e hidratación del paciente

Su objetivo principal es asegurar los nutrientes adecuados para favorecer la cicatrización.

Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y puede evitar la aparición de nuevas lesiones. Las necesidades nutricionales de una persona con heridas están aumentadas. El aporte de calorías es necesario para asegurar la multiplicación

celular, la formación de colágeno, de fibrinógeno, de nuevos tejidos y la mayor actividad enzimática. La dieta se ajusta en función de la gravedad de la herida, de la fase de curación y de la presencia de otras morbilidades asociadas, ésta deberá contener lo descrito en siguiente cuadro:

| | |
|-----------|--------------------------|
| Calorías | 30-35 kcal x kg/día |
| Proteínas | 1,25-1,5 gr/kg/día |
| Minerales | Zinc, hierro, cobre |
| Vitaminas | Vit C, Vit A, complejo b |

Si la dieta no cubre estas necesidades nutricional es del enfermo se debe adicionar a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar la carencia de ciertos nutrientes que son esenciales para la cicatrización de una herida.

2.4.3. Valoración psicosocial

Se produce una disminución de la capacidad funcional que afecta tanto al individuo como a la familia. Se debe tener presente el apoyo psicológico y la educación a la hora de elaborar el plan de cuidados y en el seguimiento.

2.4.4. Valoración del entorno de cuidados

Su objetivo es crear un entorno que conduzca al cumplimiento del plan de tratamiento. Identificar al cuidador principal. Se deben valorar aptitudes, disponibilidad, conocimientos y recursos del entorno del cuidador (familia, cuidadores informales). - Identificar al cuidador principal y dejar registrado su capacidad de manejo del problema.

- Valorar si la persona o cuidador demuestra la capacidad para manejar el problema o ejecutar la tarea: la persona o el cuidador realiza los tratamientos y procedimientos prescritos. La tarea se realiza sin riesgo. Los métodos se realizan según lo prescrito y se demuestra correctamente.
- Identificar los puntos de apoyo social.

2.4.5. Valoración de la herida

Los conocimientos, la habilidad, y las actitudes de los profesionales sanitarios repercuten de manera importante en su capacidad para evaluar la complejidad de una herida, controlar los síntomas del paciente y tratar los problemas asociados. En el último decenio, la mejora de la evaluación y el tratamiento de las heridas han aumentado las esperanzas de cicatrización.

La cicatrización de las heridas sigue habitualmente una secuencia previsible, pero en algunos casos se prolonga o no llega a conseguirse nunca. El proceso de la cicatrización es el resultado de una interacción compleja entre los factores del paciente y de la herida. Solo mediante una valoración inicial meticulosa y una evaluación repetida del tratamiento se pueden identificar los factores que contribuyen a diagnosticar la complejidad de una herida y evaluar el estado potencial de las mismas.

2.4.6. Utilización de un formulario para la valoración de heridas

Asimismo es necesario la utilización de un formulario para poder registrar la valoración y seguimiento de esa herida que debe ser fácil de utilizar y de completar en un tiempo breve, **que estimule al enfermero/a** a registrar con mayor frecuencia la valoración que hace de la herida, mejorando la continuidad de los cuidados, así como avisar al enfermero/a en caso de detectar cualquier cambio significativo en el lecho de la lesión o en el estado general del paciente.

2.4.7. Antecedentes patológicos

- Hipertensión arterial.- En estos casos el proceso de reparación cutánea se ve afectado porque no hay suficiente oxigenación ni aporte de nutrientes para la piel.

- **Diabetes.-** En la diabetes mellitus no controlada puede considerarse una complicación de la cicatrización de la herida, en este caso hay una adecuada eliminación de los metabolitos tóxicos.
- **Tabaquismo. -** Retarda los procesos para la cicatrización, ya que la calidad de la piel es un reflejo del buen o mal estado del organismo.
- **Alcohol.-** Dificulta la reparación de la piel, hacen este proceso más lento.

2.4.8. Alteraciones nutricionales:

- **Obesidad:** Debido a que el tejido adiposo posee poca irrigación sanguínea la habilidad del paciente para combatir la infección bacteriana es baja, además aumenta el riesgo de dehiscencia de la herida.
- **Desnutrición:** Un estado de desnutrición grave y, dentro de este déficit energético global una hipoproteïnemia, retrasa el proceso reparativo, con débil resistencia a la separación de los bordes de la herida, que dura más de lo normal.

2.4.10. Signos y síntomas de infección de una herida

- **Calor** local se da debido al incremento de la irrigación sanguínea.
- **Edema:** Se produce por la salida de líquido hacia el espacio intersticial.
- **Dolor:** producto de la inflamación.
- **Tejido necrótico:** tejido muerto puede tener color gris y ser blando.
- **Exudado**

2.4.11. Complicación de las heridas

- **Hemorragia:** es la salida de sangre fuera del vaso sanguíneo.
- **Dehiscencia:** Es la separación apertura de las capas de la piel suturada de una na herida de mala cicatrización; puede ocurrir en cualquier tipo de incisión.

- **Evisceración:** producto de la pérdida de la fuerza tensil de las suturas, así como de infecciones y con mayor frecuencia de la distensión considerable o de la tos, al igual está involucrada una nutrición deficiente.
- **Infección:** según la Universidad Industrial de Santander es la introducción colonización de una parcial o total del cuerpo, por bacterias, virus, hongos o parásitos en un organismo. (Universidad Industrial de Santander, 2016)

2.4.11.1. Infección del sitio quirúrgico

Es la infección asociada a un procedimiento quirúrgico, puede darse en el mismo sitio quirúrgico o en su cercanía, este evento ocurre hasta el primer mes posterior a la cirugía.

Impacto

Se estima los valores por infección en el sitio quirúrgico esta entre 3.000 y 29.000 dólares, además de prolongar la estancia hospitalaria 7-11 aumentando el riesgo de infección y por ende el de muerte. (Fisterra, s.f)

Patogenia

La microbiología de la infección del sitio quirúrgico va en relación al tipo de cirugía realizada, sin embargo en cirugías digestivas el riesgo aumenta. Según el sistema NNIS el *Staphylococcus aureus* es el patógeno más frecuente en este tipo de infecciones, los estafilococos coagulasa negativa. Se ha notado un incremento en las infecciones de cepas resistentes como *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina (SAMR), enterococos resistentes a la vancomicina y *Candida albicans*, esto se da producto aumento de inmunodeprimidos y la automedicación de antibióticos de amplio espectro. (OPS, 2012)

Incisional superficial

Ocurre dentro de los 30 días después de cirugía.

Puede comprometer la piel y tejidos celular subcutáneos. Mínimo una de las siguientes

condiciones:

- Drenaje purulento, con o sin confirmación microbiológica por la incisión superficial.
- Aislamiento del microorganismo en un fluido o tejido.
- Mínimo uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor, inflamación, eritema, calor o que el cirujano haya abierto deliberadamente la herida quirúrgica, excepto si el cultivo es negativo.
- Diagnóstico de ILQ por el cirujano.

No se reporta como incisión superficial

- Inflamación o secreción del sitio donde entra el punto.
- Infección en la episiotomía o en la circuncisión de un recién nacido.
- Infección de una quemadura
 - Si la incisión compromete planos más profundos, que se extienda a la fascia o al músculo

Incisiones profundas

Infección que ocurre dentro de los 30 días posteriores a la cirugía.

Mínimo una de las siguientes condiciones:

- Drenaje purulento de esta zona, sin comprometer infecciones de órgano y espacio del sitio operatorio.
- Dehiscencia de suturas profundas espontáneas o deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene al menos uno de los siguientes signos: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor localizado, irritabilidad a la palpación.
- Absceso u otra evidencia de infección que afecte la incisión profunda al examen directo, durante una re-intervención, por histopatología o examen radiológico.
- Diagnóstico de infección incisiones profunda hecha por el cirujano. (Universidad Veracruzana, 2014)

No es reportada como incisional profunda

- Infecciones que comprometan el plano superficial y profundo son catalogadas como profundas.
- Infecciones de órgano y espacio que drenen a través de la incisión

Infección de órgano y espacio

- La infección ocurre en los 30 días siguientes a la cirugía, sin implante.
- La infección ocurre al año siguiente de la cirugía, cuando hay un implante en el lugar quirúrgico.
- La infección puede relacionarse con la cirugía y compromete cualquier órgano o espacio diferente a la incisión, que fue abierto o manipulado durante el procedimiento quirúrgico.

Mínimo una de las siguientes condiciones:

- Drenaje purulento a través de un dren que es sacado de un órgano o espacio por la incisión.
- Aislamiento de patógenos mediante un cultivo tomado en forma aséptica de la muestra de líquido o tejido del órgano y espacio
- Evidencia de infección que haya colonizado total o parcialmente el órgano.
- Diagnóstico dado por el cirujano que esta lo está tratando. (Universidad Veracruzana, 2014)

2.5. Cicatrización

La cicatrización constituye una parte del proceso normal de curación y reparación de las heridas mediante la neoformación de tejido conjuntivo que reemplaza una pérdida de sustancia en el mismo. El cierre de una herida es el resultado de una serie de reacciones celulares y moleculares que se produce de forma fisiológica.

2.5.1. Fases de la cicatrización

2.5.1.1. Fase inflamatoria: entre las primeras 24 y 48 horas. En esta fase se dan dos respuestas vasculares y otra celular, manifestadas por vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y aparición de leucocitos, formándose una costra que sella la herida (Barros, 2012)

2.5.1.2. Fase de fibroplasia o proliferación: esta entre el día 3 y 14. En este período surgen los fibroblastos que van a formar el tejido de granulación, compuesto por sustancia fundamental y colágeno. Además, ocurre recanalización y formación de vasos linfáticos y capilares sanguíneos respectivamente.

2.5.1.3. Fase de maduración: comprende entre el día 15 hasta que se logra la cicatrización completa (6 meses a un año). El principal evento fisiológico es la epitelización y el aumento progresivo de la fuerza tensil de la piel (hasta 70 a 90% de la fuerza original)

2.5.2. Tipos de cicatrización

“La velocidad y el patrón de cicatrización se dividen en tres clases, dependiendo del tipo de tejido involucrado y de las circunstancias del cierre. Se han generalizado los periodos necesarios para tejidos blandos sanos y bien perfundidos, pero pueden variar. (Correa, 2011)

2.5.2.1. Cicatrización de Primera Intención

Todos los cirujanos que cierran una herida quisieran que cicatrizara por unión primaria o primera intención, con mínimo edema y sin infección local o secreción abundante. Una incisión que cicatriza por primera intención, lo hace en un tiempo mínimo, sin separación de los bordes de la herida, y con mínima formación de cicatriz. Esto se lleva a cabo en tres fases distintas:

a) Fase I - Respuesta Inflamatoria (Día 1 a día 5)

Fluyen hacia la herida líquidos que contienen proteínas plasmáticas, células sanguíneas, fibrina y anticuerpos. Se forma una costra en la superficie para sellar la salida de líquidos y evitar invasión bacteriana.

La inflamación resultante de la migración de leucocitos al área ocurre en unas cuantas horas, causa edema localizado, dolor, fiebre y enrojecimiento alrededor del sitio de la herida.

Los leucocitos por medio de su degradación fagocitar los microorganismos patógenos y eliminan los restos de tejido. Los monocitos llegan desde la médula ósea para actuar como macrófagos, fagocitar los residuos restantes y producen enzimas proteolíticas. Finalmente, las células basales acuden a la incisión para cerrar la superficie de la herida. Simultáneamente, los fibroplastos localizados en el tejido conjuntivo más profundo inician la reconstrucción del tejido no epitelial.

Durante la fase inflamatoria aguda, el tejido no recupera su fuerza tensil, aun depende del material de sutura utilizado para mantenerse en unido.

b) Fase II - Migración/Proliferación (Día 5 a día 14)

En la primera o segunda semana después de la operación, los fibroplastos (células germinales de tejido fibroso) acuden hacia la lesión. Con las enzimas de la sangre y de las células del tejido circundante, los fibroplastos forman colágena y sustancia fundamental (fibrina, fibronectina). Estas sustancias adhieren los fibroplastos al sustrato. Los fibroplastos contienen miofibroplastos con características de músculo ILLQ que contribuyen a la contracción de la herida. El depósito de colágena empieza aproximadamente el quinto día y aumenta rápidamente la fuerza de tensión de la herida.

Las proteínas plasmáticas favorecen la síntesis de tejido fibroso. Los linfáticos se recanalizan, los vasos sanguíneos forman yemas, se forma tejido de granulación y se desarrollan numerosos capilares para nutrir los fibroplastos. Muchos de éstos desaparecen durante la fase final de la cicatrización

c) Fase III - Maduración/Remodelación (Día 14 hasta la cicatrización completa) No hay distinción precisa entre la fase II y la fase III. La cicatrización empieza rápidamente durante la fase II y luego disminuye progresivamente. (Correa, 2011)

La fuerza de tensión continúa aumentando hasta un año después de la cirugía. La piel sólo recupera de 70% a 90% de su fuerza de tensión original, mientras que el intestino

Puede recuperar 100% de su fuerza original en sólo una semana. El contenido de colágena permanece constante, pero la fuerza de tensión aumenta debido a la formación y entrecruzamiento de las fibras colágenas. En la cicatrización normal ocurre contracción de la herida en un periodo de semanas y meses. Al aumentar la densidad colágena disminuye la formación de vasos sanguíneos nuevos y el tejido cicatricial se vuelve pálido.

2.5.2.2. Cicatrización de segunda intención (granulación)

Ésta ocurre en forma lenta y a expensas de un tejido de granulación bien definido, dejando como vestigio una cicatriz larga, retraída y antiestética. Por lo general ocurre cuando hay pérdida de sustancia o dificultad para afrontar los bordes de una herida o también cuando existe un compromiso infeccioso en la herida (SISBIB, s.f)

2.5.2.3. Cicatrización por tercera intención

También llamada *cierre primario diferido*, la cicatrización por tercera intención ocurre cuando dos superficies de tejido de granulación son aproximadas. Este es un método seguro de reparación de las heridas contaminadas, así como de las heridas sucias e infectadas y traumatizadas, con pérdida extensa de tejido y riesgo elevado de infección. Este método se ha utilizado extensamente en el campo militar y ha probado que tiene éxito después de un trauma excesivo relacionado con accidentes automovilísticos, incidentes con armas de fuego, o heridas profundas y penetrantes con cuchillos.

El cirujano habitualmente trata estas lesiones mediante debridación de los tejidos no viables y las deja abiertas. La herida abierta en cicatrización recupera

Gradualmente la suficiente resistencia a la infección que le permite un cierre no complicado. Generalmente esto se lleva a cabo cuatro a seis días después de la lesión.

Este proceso se caracteriza por el desarrollo de yemas capilares y tejido de granulación. Cuando se lleva a cabo el cierre, los bordes de la piel y el tejido subyacente deben aproximarse y asegurarse con precisión.

2.5.3. Factores que influyen en la cicatrización de una herida

| Factores influyentes en la cicatrización de una herida | |
|---|---|
| Locales | Sistémicos |
| Infección | Edad |
| Aporte sanguíneo del tejido | Raza |
| Exudado | Peso |
| pH tisular | Factores que influye en el sistema cardiovascular |
| Tensión de O_2 | Nutrición e inmunidad |
| Temperatura | Tabaco |
| Deshidratación | Alcohol |
| Tratamiento inadecuado | Fármacos |
| | Enfermedades sistémicas |
| | Radioterapia |

2.5.3.1. Complicaciones de la cicatrización

Cuando se produce la ruptura de la integridad del tejido debido a accidente o disección, el paciente es vulnerable a la infección y sus complicaciones, incluso sólo cuando el procedimiento quirúrgico se dé a cabalidad, pueden ocurrir ciertas complicaciones en algunos de los pacientes que retrasan la cicatrización de la herida. Las complicaciones más frecuentes son la infección y dehiscencia de la

herida. (Correa, 2011)

2.5.3.1.1 Infección de la herida

Ésta continúa siendo una de las complicaciones más severa que afecta a los pacientes quirúrgicos. Una infección proviene de la introducción de agentes patógenos en una herida susceptible. Si no se da tratamiento oportunamente, puede causar alguna patología infecciosa y derivar en la muerte (Manuel, s.f).

Las infecciones posoperatorias pueden clasificarse de acuerdo con la fuente de infección y los cambios anatómicos y fisiopatológicos que ocurren. La clave del tratamiento eficaz es la rápida identificación de los patógenos responsables. Las infecciones son producidas en gran número bacterias. Cuando haya signos de infección, se debe realizar u cultivo del tejido para identificar a los patógenos. Se debe iniciar inmediatamente tratamiento con antibióticos para la celulitis y fascitis de acuerdo con los resultados de los cultivos. Sin embargo, ningún tratamiento tiene éxito a menos que primero se practique incisión y drenaje adecuado con debridación del tejido necrótico, si es necesario. Este tratamiento no se requiere en las infecciones de heridas superficiales

2.5.3.1.2 Separación de la herida (dehiscencia)

La separación de la herida se presenta frecuentemente en pacientes de edad avanzada, aunque ningún paciente está exento de que le ocurra. Por lo general afecta en mayor número a hombres y ocurre aproximadamente entre la primera y segunda semana postquirúrgica. El término dehiscencia significa "separación". Se considera dehiscencia de la herida a la separación parcial o total de las capas tisulares luego de haberse cerrado. La dehiscencia puede ser causada por tensión excesiva sobre el tejido recientemente suturado, por una técnica inadecuada de sutura, o por el uso de materiales de sutura inadecuados. En la gran mayoría, la causa es una falla del tejido más que una falla de la sutura.

Cuando ocurre dehiscencia, la herida puede o no volverse a cerrar, dependiendo de la extensión de la separación y de la valoración del

cirujano. No hay diferencia en la tasa de dehiscencia de las incisiones verticales versus transversales. La incidencia más elevada ocurre después de la cirugía gástrica, biliar, y por cáncer intraabdominal. En tanto que el cáncer no predispone a dehiscencia de la herida, puede ocasionar debilidad e hipoproteinemia, que contribuyen a la cicatrización deficiente con la consecuente dehiscencia.

La distensión, náusea y tos después de la cirugía aumentan la presión abdominal y a su vez incrementan la tensión sobre la herida, Estas son las causas principales de la evisceración. Es una situación de urgencia. El cirujano debe reintroducir el intestino y volver a cerrar la herida sin tardanza. (Correa, 2011)

2.6. Curación

Curación es un procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones, promover la cicatrización y debe realizarse con técnica aséptica, por lo que se debe usar material estéril y entre sus principales objetivos tenemos:

- Remover tejido necrótico y cuerpos extraños
- Identificar y eliminar la infección.
- Absorber exceso de exudado.
- Mantener ambiente húmedo en las heridas.
- Mantener un ambiente térmico.

2.6.1. Proteger el tejido de regeneración, del trauma y la invasión bacteriana.
(Pontifica Universidad de Chile , 2012)

2.6.2. Tipos de curaciones

Tenemos 2 maneras de realizar la curación de heridas:

2.6.2.1. Curación tradicional

- Ambiente seco.

- Utilización de apósitos pasivos.
- Uso de antisépticos y antimicrobianos.
- Es de frecuencia diaria.

El manejo tradicional de la heridas aún se utiliza en varias instituciones de salud y consiste en limpiar la herida diariamente, pero en realidad lo necesario para que los procesos bioquímicos y enzimáticos se den y con ello la regeneración del tejido, son condiciones de pH, temperatura y humedad determinados adecuadas, ya que las heridas necesitan un medio acuoso para la reproducción de células.

2.6.2.2. Curación avanzada

- Ambiente húmedo fisiológico.
- Utilización de apósitos activos (biotecnología)
- No utilización de tópicos como antisépticos, etc.
- Su frecuencia depende de la naturaleza de la herida ya que se debe a Curación avanzada se basa en el principio del ambiente húmedo, utilizando apósitos de alta tecnología que al estimular el microambiente de la herida favorecen la cicatrización de la herida. Son curaciones realizadas con una periodicidad de 4 a 6 días, según el tipo de herida, sin dolor y costo - efectivos; favorecen el cierre rápido y óptimo de todo tipo de heridas. (Jimenez, 2008)

2.7. Limpieza de las heridas

Es el inicio del tratamiento de la cicatrización de la herida, es fundamental en el proceso porque de la realización de ésta depende mejorar las condiciones de la herida y disminuir los riesgos de infectar la herida. La limpieza debe realizarse siempre antes de cada curación, con solución salina isotónica a una presión suficiente para arrastrar restos de la curación anterior, esfacelos, tejidos necróticos, etc. pero, que no produzca daño en el lecho de la herida.

Luego de la limpieza, la herida se tiene que secarse siempre por presión. Se recomienda no utilizar productos citotóxicos para la limpieza de heridas como por ejemplo antisépticos porque evitan la regeneración celular del nuevo tejido.

La limpieza debe realizarse con abundante agua y jabón, de adentro hacia afuera removiendo la suciedad visible.

2.7.1. Técnica de arrastre mecánico

Es la limpieza que se realiza mediante el lavado o irrigación de la herida con el propósito de eliminar los agentes patógenos que pueden contaminar o infectar la herida.

Recomendaciones relacionadas con arrastre mecánico:

- Secar sin friccionar
- Contraindicado limpieza con torundas de algodón y gasas
- Suero fisiológico tibio favorece la limpieza
- Arrastre mecánico enérgico produce destrucción de tejido en reproducción
- Los desinfectantes no están recomendados para arrastre mecánico, excepto clorhexidina jabonosa al 2% para heridas sucias o infectadas. (Pontificia Universidad de Chile, 2012)

2.7.2. Limpieza con solución estéril

Este aseo se realiza debido a que la técnica es aséptica y los materiales utilizados deben estar y permanecer en estas condiciones. Un detalle importante cuando se realiza el lavado, es que las soluciones estén tibias. Esto permite favorecer la cicatrización porque no produce vasoconstricción y como consecuencia, muerte celular. Además, disminuye el dolor asociado al procedimiento. Las técnicas de limpieza con solución estéril, usadas para el tratamiento de la herida son:

- Lavado con jeringa.
- Lavado con jeringa y agua.

Por ejemplo: se rocía con matraz las heridas superficiales o por arrastre con tórundas empapadas y se realiza irrigación con jeringa, cuando la herida está fistulizada o en cavidades.

Las soluciones estériles a usar en la limpieza de la herida son:

- Suero fisiológico (mantiene la osmolaridad). De menor costo y efectividad es el elemento de elección en la mayoría de los establecimientos asistenciales del país.
- Lactato Ringer contiene oligoelementos que nutren las células en reproducción y electrolitos que favorecen el equilibrio salino.
- Agua bidestilada (provoca menor dolor al paciente por no contener sodio). Su costo es elevado y no contiene oligoelementos ni electrolitos. Es usada como última opción ante la ausencia de los anteriores.

2.8. Control de exudado

Es el fluido resultante de la secreción corporal, cuando existe pérdida de continuidad de la piel. En heridas agudas actúa como protector, pero en las heridas crónicas puede ralentizar el proceso normal de cicatrización porque bloquea la proliferación de fibroblastos, células endoteliales y queratinocitos. Además, el fluido de las heridas crónicas contiene una cantidad de enzimas y de sustancias químicas que pueden alterar la formación de la sustancia fundamental, lo que es muy importante para la revitalización.

El buen control del exudado facilita la cicatrización de las heridas. La curación en de tipo avanzada proporciona al lecho de la lesión la humedad fisiológica necesaria para que el organismo acelere la cicatrización. El exudado contiene una gran concentración de proteínas y favorece el desbridamiento autolítico por mediación de las enzimas fisiológicas o endógenas del cuerpo humano

- Tipos de exudados

- Exudado Seroso: es el primer exudado que se puede encontrar se caracteriza por ser transparente, o amarillenta.

- Exudado Hemorrágico: es debido a la rotura traumática, su color es rojo como en una hemorragia en sábana o por la fragilidad capilar debida a una alta carga bacteriana. Presenta un color más oscuro y de flujo más lento.

- Exudado Purulento: es el exudado que se encuentra en lesiones con signos de infección. Su aspecto, color y olor dependerán del agente causante por sus toxinas, comprometiendo la reproducción celular.

- Exudado Seropurulento: es una combinación de exudado seroso y purulento.

- Exudado Hemopurulento: es una combinación de exudado hemorrágico y purulento

2.10. Normas de utilización y conservación de antisépticos

Reciben el nombre de **ANTISÉPTICOS** aquellas sustancias químicas que destruyen o inhiben el crecimiento de los microorganismos y que se aplican sobre los tejidos vivos (piel íntegra, mucosas, heridas quirúrgicas o no quirúrgicas, quemaduras, ulceraciones, etc.). Hay que diferenciarlos de los **DESINFECTANTES**, que son productos con acción antimicrobiana que se utilizan sobre objetos o superficies inanimadas (mobiliario, suelos, etc.).

El antiséptico ideal debería reunir las siguientes características:

- Mínima toxicidad al organismo pero sí elevada a los microorganismos.
- Mínima inactivación por sustratos orgánicos.
- Difícil a las resistencias de los microorganismos.
- Evitar combinaciones de antisépticos.
- Su actividad debería de ser lo más amplia posible y poder hacer frente a Gram + y -, virus, hongos.
- Su efectividad ha de ser rápida a partir de los treinta segundos de su aplicación.
- Persistencia de su efectividad en el mayor tiempo posible.
- A la hora de utilizar los antisépticos vamos a tener en cuenta los siguientes puntos:
- No utilizar antisépticos en heridas que no presentan signos de colonización crítica o infección.

- Dentro de la idoneidad un factor importante será su bajo coste económico.
- La utilización de los antisépticos no ha de sobrepasar las 72 horas.
- No prolongarlo en tiempo de las curaciones y retirar siempre los restos con solución salina o agua destilada en heridas abiertas agudas o crónicas antes de terminar la curación.
- Antes del uso de antisépticos deben lavarse y desbridarse las heridas, si es preciso

2.11. Técnicas de curación de acuerdo al tipo de herida Limpia:

- Explicar el procedimiento a realizarse al paciente
- Exponer la herida incomodando lo menos posible al paciente.
- Favorecer la privacidad cerrando las puertas o corriendo cortinas.
- Colocar el material próximo en una mesa auxiliar.
- Colocar la riñonera próxima al sitio de curación.
- Hacer ahora lavado de manos, preferiblemente con jabón quirúrgico.
- Colocar los guantes y mascarilla.
- Retirar apósito manchado, evaluar y desechar en la riñonera, dejándolos caer a una distancia mayor a 15 cm.
- Valorar la herida observando presencia de inflamación, edema, eritema o secreciones.
- Realizar el lavado de la herida con técnica aséptica utilizando SSN 0.9% de forma lenta y con flujo continuo desde el sitio más limpio al más sucio, de manera suave que no cause lesiones, repítase la limpieza hasta que elimine la secreción.
- Secar los bordes de la herida con gasa estéril desde el sitio más limpio al más contaminado.
- Cubrir con gasas estériles, aplicando según necesidad, fíjelo con esparadrapo: En caso de exudado leve o inflamación y enrojecimiento y luego cubrir con gasa estéril, si no se encuentran signos de infección, dejar

descubierto.

- Ayudar al paciente a incorporarse.
- Desechar el material contaminado depositado en la riñonera.
- Quitar los elementos de protección.
- Lavar las manos.
- Evaluar las condiciones de la herida después de 72 horas.

En caso de heridas abrasivas debido a caídas, en las cuales hubo contacto con el suelo, pavimento, tierra o polvo; es recomendable en primer lugar lavar con agua y jabón y luego proceder a realizar la curación encasillando la herida como limpia.

Herida limpia contaminada

- Realizar los pasos para herida limpia.
- Si la herida está cerrada y no hay salida de exudado dejar descubierta
- Si la herida está abierta con moderado exudado irrigar utilizando presión continua con SSN 0.9% y dejar libre de exudado.
- Luego utilizar apósito de gasa húmedo para cubrirla favoreciendo el proceso de cicatrización y posteriormente cubrir con gasa seca.
- Si posee apósito hidrogel, hidrocoloide y/o alginato de calcio, usar en la herida, según disponibilidad del paciente para favorecer el proceso de cicatrización.
- Realizar curación cada 24 horas hasta observar que no hay salida de exudado o hay presencia de tejido de granulación en el caso de la herida abierta. (En promedio 4-5 días).

En caso de heridas abrasivas debidas a caídas, en las cuales hubo contacto con pavimento, tierra o polvo; primero lavar con abundante agua y jabón y luego proceder a realizar el procedimiento para herida limpia.

Herida Contaminada

- Realizar los pasos del cuidado de herida limpia.

- Si al valor la herida encuentra tejido rojizo brillante,
- Serosanguinolento escaso, sangrado fácil de tejido neoformado:
- Realizar curación cada 12 a 24 horas de acuerdo a las características del drenaje; conservar la técnica aséptica.
- Para retirar el vendaje que cubre la herida, determinar si se encuentra adherido a esta, caso en el cual debe humedecerlo con SSN 0.9% antes de retirarlo.
- Valorar la evolución del tejido de granulación.
- De acuerdo a lo anterior realizar la limpieza con SSN 0.9% estéril, sin frotar para no alterar el tejido neoformado.
- Nota: El método de limpieza más inocuo es la irrigación con SSN 0.9%.
- Aplicar un apósito húmedo para cubrir la herida y fijar con esparadrapo para crear un ambiente húmedo.

Herida Infeccionada

- Si después de la valoración de la herida encuentra como hallazgos un tejido rojo brillante, ausencia de olor fétido, sangrado fácil y ausencia de drenaje seropurulento, orientar su cuidado para un individuo con herida abierta no complicada.
- Si los hallazgos son: dolor intenso, olor fétido, drenaje purulento abundante, tener en cuenta los pasos para el manejo de herida limpia y considerar además los siguientes:
 - Administrar analgésico ordenado media hora antes de la curación.
 - Realizar la curación cada 12 a 24 horas, teniendo en cuenta si el drenaje es excesivo o abundante conservar la técnica aséptica.

Proteger los tendidos y ropas del paciente del contacto con los líquidos de la curación o del drenaje de la herida.

- Realizar lavado de la herida a presión con SSN 0.9% y jabón antiséptico, irrigar las heridas infectadas, exudativas o necróticas así: Utilizar presión continua sobre la bolsa y dirigir la salida de líquidos en

Spray a la base de la herida o al borde del tejido necrótico, este método proporciona una presión ideal de la solución para lavar las heridas con un traumatismo tisular mínimo.

- Repetir hasta que la solución este limpia y se haya removido la mayor cantidad de exudado y tejido desvitalizado.
- Realizar desbridamiento de la herida si observa tejido necrótico, este tipo de tejido ralentiza la curación y aumenta el riesgo de infección.
- Luego del lavado dejar perfectamente cubierta la herida empleando material estéril.
- Valorar la cantidad y características del drenaje en cada curación.

2.12. Cicatrización en medio húmeda

2.13. Apósitos

Los apósitos permiten aislar la herida del entorno, protegen y optimizan el proceso de cicatrización si se utiliza el adecuado y el proceso de curación y cicatrización se da en un ambiente óptimo necesario que preserve los principios fisiológicos básicos de humedad, calor, oxigenación y circulación sanguínea (Pontifica Universidad de Chile, 2012)

2.13.1. Apósitos activos

En la actualidad gracias a la tecnología aplicada a la medicina se han desarrollado apósitos bioactivos que han sido utilizados en pacientes con heridas, los mismos que han disminuido complicaciones y costos, además de mejorar la tasa de curación en diversas instituciones de salud. (Jimenez, 2008)

Criterios para elegir un apósito

1. Mantener la humedad fisiológica que facilite la granulación.
2. Capacidad de mantener una barrera que aisle la lesión del medio ambiente para evitar contaminación y traumatismos secundarios.
3. Debe mantener una temperatura fisiológica.

4. Debe permitir el intercambio gaseoso de la herida con el medio ambiente.
5. Debe permitir una adecuada irrigación sanguínea de la herida y zonas circundantes.
6. Debe facilitar la eliminación y absorción de secreciones.
7. Debe ser adaptable, flexible y de fácil manipulación.
8. Debe estar libre de contaminantes tóxicos o partículas.
9. Debe poseer un adhesivo que no dañe la piel circundante ni el tejido de granulación.
10. Debe permitir fácil retiro y si producir mayor dolor.
11. Debe favorecer la remoción de tejidos necrótico y/o esfacelado sin dañar el tejido granulatorio. (Pontifica Universidad de Chile, 2012)

Ambiente húmedo:

- Favorece el aporte de los leucocitos al lecho de la herida.
- Favorecen la autólisis.
- Rehidrata el tejido lesionado.
- Previene la desecación y la necrosis.
- Facilita la angiogénesis.

Clasificación de los apósitos

En los momentos actuales se los puede clasificar de la siguiente manera:

- Apósitos Pasivos
- Apósitos Interactivos
- Apósitos Bioactivos
- Apósitos Mixtos
- Apósitos pasivos

Son de menor costo y se utilizan para proteger, aislar, taponar y absorber. Entre ellos tenemos:

- Gasa
- Apósito tradicional

Gasa:

- Tejidas: están compuestas en su totalidad de algodón. Se emplean en el relleno de cavidades y debridación mecánica, porque son más abrasivas que las no tejidas.
- No tejidas: son sintéticas compuestas de polyester y rayón. Se caracterizan por brindar suavidad, volumen y absorbencia, el polyester aporta resistencia

Mejor absorción y no se adhiere a la herida por lo que no están indicadas para desbridamiento. Se indica su uso en heridas con exudado escaso a moderado y para proteger heridas con tejido granulatorio.

2.13.4. Apósito tradicional

Tradicional: Están elaborados a base de algodón y gasas. Indicado para proteger, taponar o solo como apósito secundario

Tradicional especial: algodón, algodón con celulosa y cubierta de gasa no tejida. Es útil su uso en heridas exudativas

Espuma: Fabricada de poliuretano, de malla estrecha, corresponde al moltoprén que permite absorber exudado, pero por la densidad de su malla no permite la oxigenación de la herida. Se recomienda utilizar espumas de 0,5 cm de espesor.

No se debe usar por más de 48 horas, ya que se adhiere fuertemente y produce dolor y trauma al retirarla. (Pontificia Universidad de Chile, 2012)

2.13.3. Apósitos interactivos

Mantienen la humedad en la herida o úlcera, estos apósitos interactivos estimulan enzimas catalíticas favoreciendo la autólisis y ayuda a que el desbridamiento se realice produciendo menos dolor. No se adhieren a la herida. Entre ellos encontramos a las gasas, espuma hidrofílica y apósitos transparentes adhesivos y no adhesivos. (Venegas, s.f)

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

| OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|--|---------|
| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIÓN | | INDICADORES | ESCALA |
| Cumplimiento del equipo de salud del Protocolo de curación de heridas | Procedimiento realizado destinado a prevenir y controlar las infecciones sobre la herida y promover la cicatrización. Es considerada una técnica aséptica, por lo que se emplea material estéril. | Atención del equipo de Salud | Valoración de la herida del paciente | Limpia | Si - No |
| | | | | Limpia- contaminada | Si - No |
| | | | | Contaminada | Si - No |
| | | | | Sucia e infectada | Si - No |
| | | | Higiene de manos | Antes del procedimiento | Si - No |
| | | | | Después del procedimiento | Si - No |
| | | | Medidas asépticas previas a la ejecución de la técnica de curación de heridas | Aísla al paciente en cuarto de procedimientos o con biombos | Si - No |
| | | | | Reúne con anticipación los materiales necesarios para la curación de heridas | Si - No |
| | | | | Utiliza material estéril para la curación de heridas | Si - No |
| | | | Utilización de barreras de protección | Gorro | Si - No |
| | | | | Mascarilla | Si - No |
| | | | | Guantes | Si - No |
| | | | | Bata | Si - No |
| | | | Tipo de solución utilizada para realizar la curación de las heridas | Cloruro de sodio al 0.9% | Si - No |
| | | | | Yodo povidona | Si - No |
| | | | | Gluconato de clorhexidina | Si - No |
| | | | | Alcohol | Si - No |
| | | | | Peróxido de hidrógeno | Si - No |

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

| OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | | | | | |
|---|---|-------------------|--------------------|--|-----------------------------|
| | | DIMENSIÓN | | INDICADORES | ESCALA |
| Cumplimiento del equipo de salud del Protocolo de curación de heridas | Procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización. Es una técnica aséptica, por lo que se debe usar material estéril | Personal de Salud | Educación continua | Cargo que desempeña | Médico |
| | | | | | Licenciada/o en Enfermería |
| | | | | | Interno de Enfermería |
| | | | | | Auxiliar de Enfermería |
| | | | | Capacitaciones recibidas sobre curación de heridas | Nunca |
| | | | | | Hace 6 meses |
| | | | | | Hace 1 año |
| | | | | | Hace 2 años |
| | | | | Número de curaciones de heridas que realiza en su turno | Expresar en números enteros |
| | | | | Conocimiento acerca del protocolo de curación de heridas del servicio de traumatología y ortopedia | Si - No |

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

| OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES | | | | |
|--|--|--------------------|--------------------------|---------------------------|
| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA |
| Pacientes hospitalizado en servicio de traumatología y ortopedia | Grupo de enfermos con algún tipo de lesión en si sistema osteo-articular que comparte el servicio de traumatología y ortopedia | Datos demográficos | Edad | Expresar en años |
| | | | Sexo | Masculino - femenino |
| | | | Tipo de herida que posee | Herida limpia |
| | | | | Herida limpia-contaminada |
| | | | | Herida contaminada |
| | | | | Herida sucia |
| | | | Antecedentes patológicos | Mencionar la enfermedad |
| | | | | |

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es descriptivo-cuantitativo de corte transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por un total de 10 médicos tratantes y 16 postgradistas de traumatología y ortopedia, 7 enfermeras profesionales, 16 auxiliares de enfermería y 7 internas de enfermería que laboran en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil.⁵²

3.2.1. Muestra

Se toma como muestra la población total, porque el estudio se realizará tomando en cuenta a todo el personal que por lo menos una vez ha realizado las curaciones de heridas en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil.

3.2.3. Instrumentos de la Investigación

- Guía de observación: instrumento que permitirá verificar mediante observación directa el cumplimiento de ciertos aspectos que requiere una buena técnica de curación de heridas.
- Cuestionario de preguntas: contendrá un número determinado de preguntas con opciones múltiples para responder con la finalidad de conocer el cumplimiento del equipo de salud del protocolo de curación de heridas.

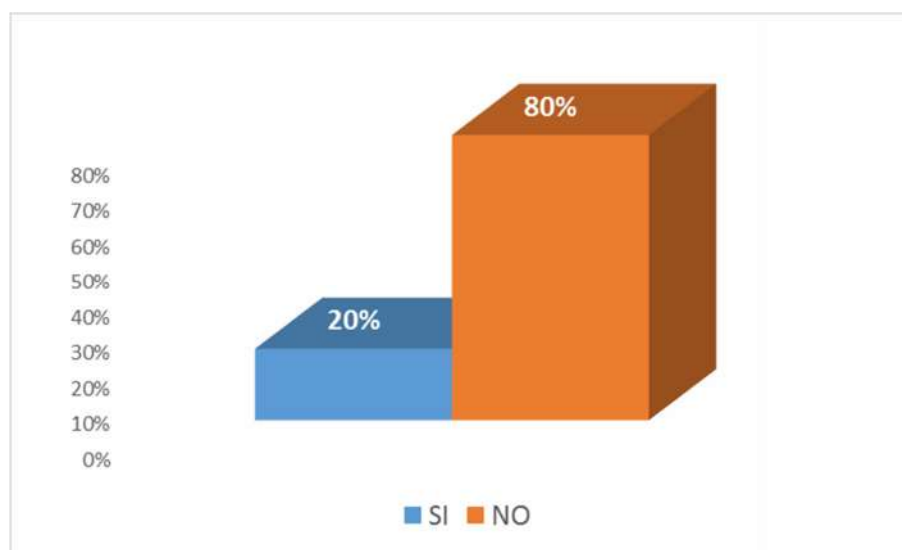
3.2.4. Tabulación y análisis de datos

Se utilizará Microsoft Excel para el ordenamiento y tabulación de los datos obtenidos que permitirá interpretarlos de manera adecuada.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS Y RESULTADOS

GRAFICO N° 1. CUMPLIMIENTO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE Y SU HERIDA

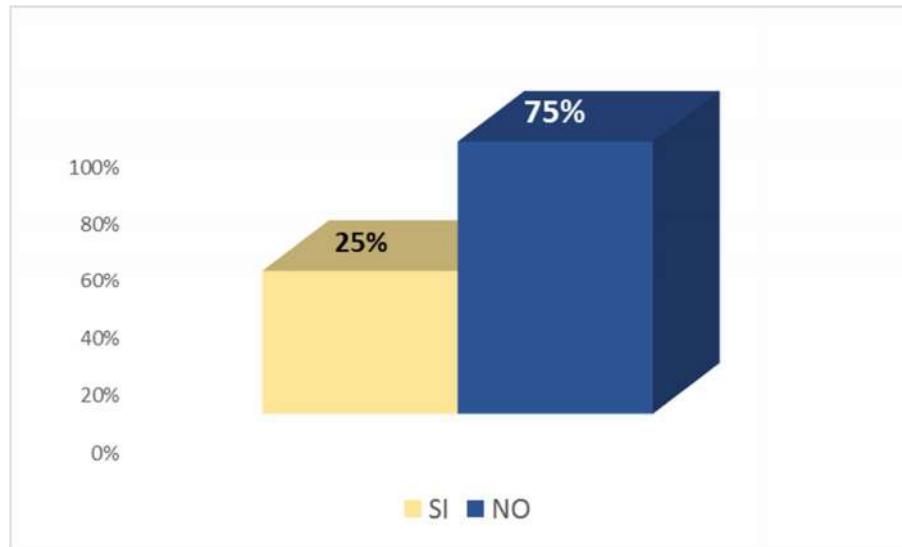


Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López
Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

Según los datos obtenidos mediante la lista de chequeo encontramos que solo un 20 % de la población escogida realiza una valoración previa del paciente y de la herida que posee, mientras que el 80 % no realiza dicha valoración.

GRAFICO N° 2. CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS

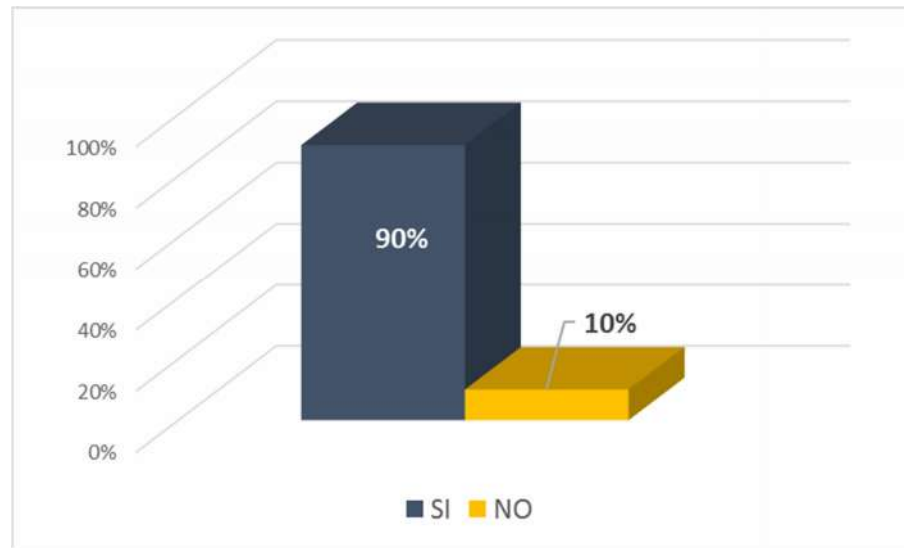


Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López
Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

De acuerdo a los datos obtenidos encontramos que un 25 % del equipo cumple con la respectiva higiene de manos en todos los momentos según el fundamento conceptual anteriormente descrito en este estudio, el 75 % restante realiza la higiene de manos a cabalidad.

GRAFICO N° 3. PREPARA LOS MATERIALES PREVIAMENTE PARA LA CURACIÓN DE HERIDAS

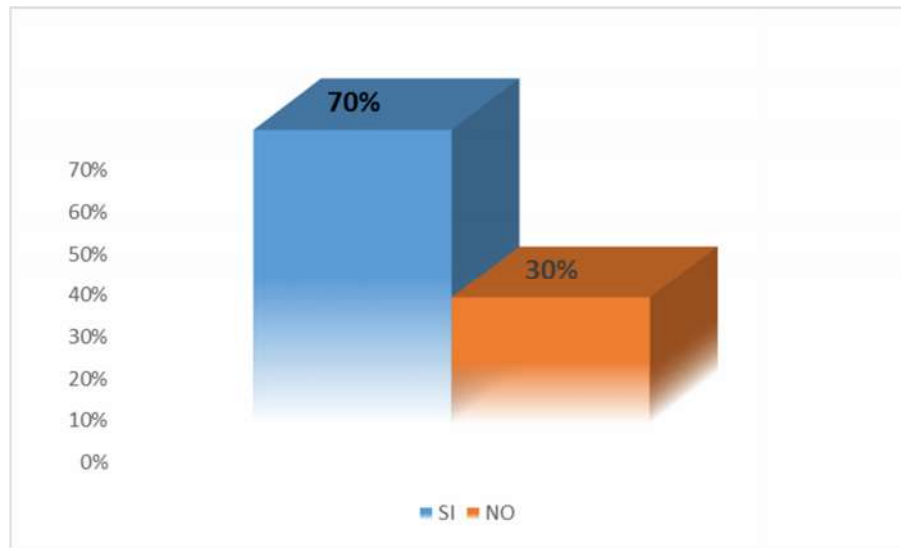


Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López
Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

Por medio del siguiente gráfico se pretende demostrar que del equipo de salud el 10 % no prepara los materiales necesarios para realizar la curación de heridas, el 90% restante si lo hace, esto indica que la minoría antes mencionada está más expuesta al incumplimiento del protocolo de curación de heridas debido al no proveerse de material necesario y suficiente improvisa poniendo en riesgo la asepsia del procedimiento.

GRAFICO N° 4. LISTA DE CHEQUEO. ITEM 5. BRINDA ORIENTACIÓN AL PACIENTE ACERCA DEL PROCEDIMIENTO

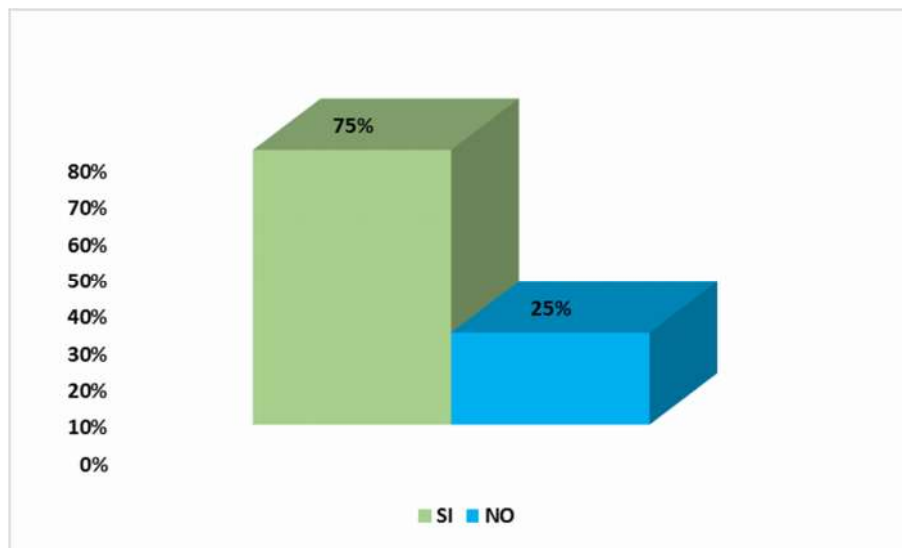


Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López
Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

Se observó durante la recolección de datos que el 70% del equipo orienta al paciente antes, durante y después de ejecutar el procedimiento de curación de heridas, el 30 % restante no lo realiza incumpliendo de ésta manera el protocolo de curación de heridas.

GRAFICO N° 5 BIOSEGURIDAD: USO CORRECTO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



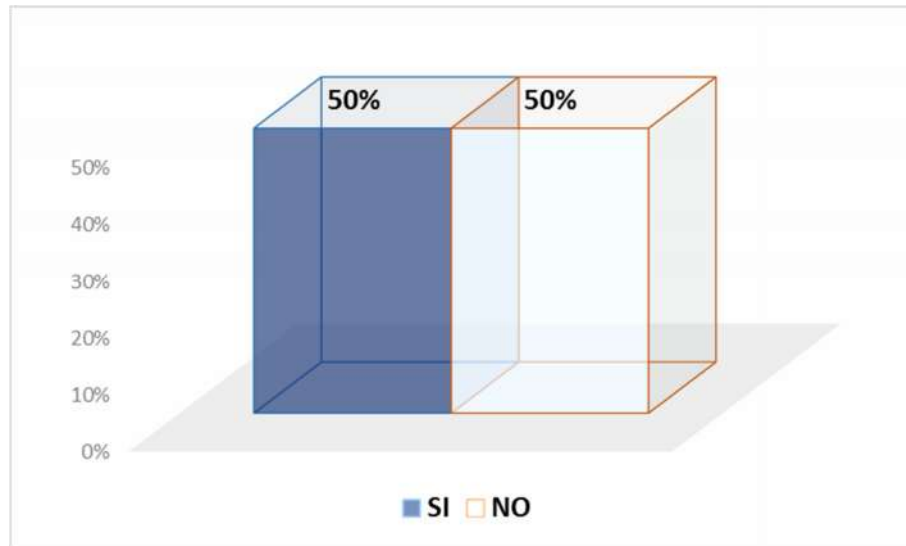
Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López

Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

En cuanto al uso de los elementos de protección personal, mediante el pertinente gráfico presentamos que 75% del equipo de salud cumple con este punto del protocolo mientras que el 25% restante no lo hace exponiendo a los pacientes al riesgo de infección y exponiéndose ellos a contraer alguna infección.

GRAFICO N° 6 UTILIZA LA TECNICA ADECUADA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS

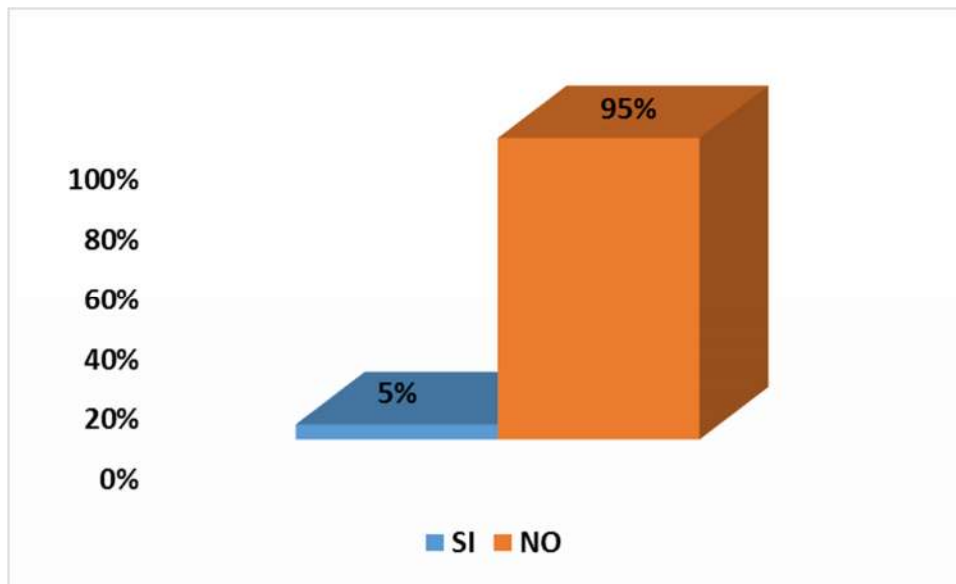


Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López
Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

El siguiente gráfico presenta que el 50% del equipo de salud del servicio de traumatología cumple adecuadamente con este punto del protocolo de curación de heridas y el otro 50% no lo cumple, ejerciendo la técnica a criterio personal.

GRAFICO N° 7. REGISTRO Y DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LA HERIDA



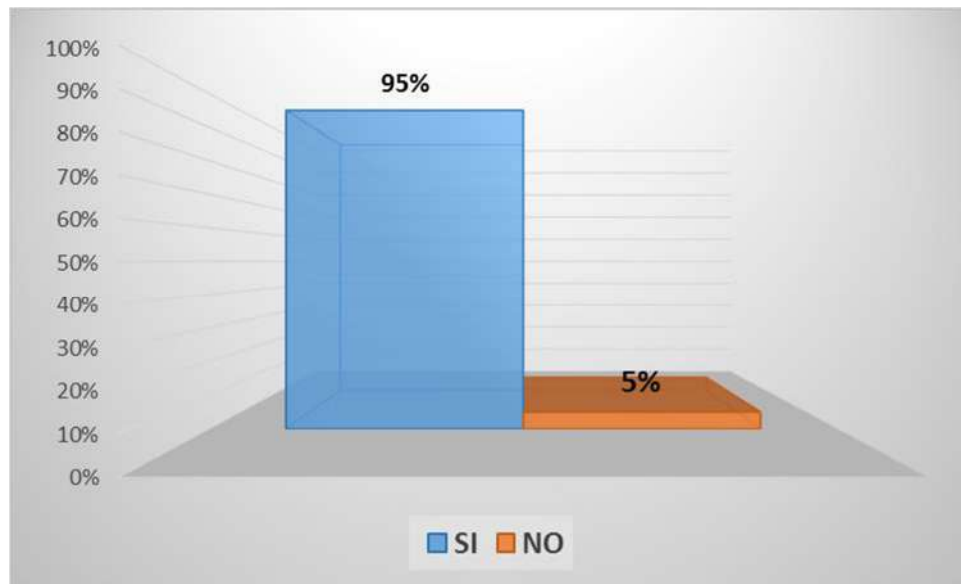
Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López

Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

El siguiente gráfico representa que el 95% del equipo de salud NO realiza el registro correspondiente al finalizar la curación de la herida incumpliendo el protocolo de curación de heridas y dificultando el seguimiento del proceso de cicatrización de la lesión, por otro lado el 5 % del equipo de salud específicamente los médicos mencionan registrar en el sistema electrónico la evolución del paciente.

GRAFICO N° 8. CLASIFICACION ADECUADA DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS

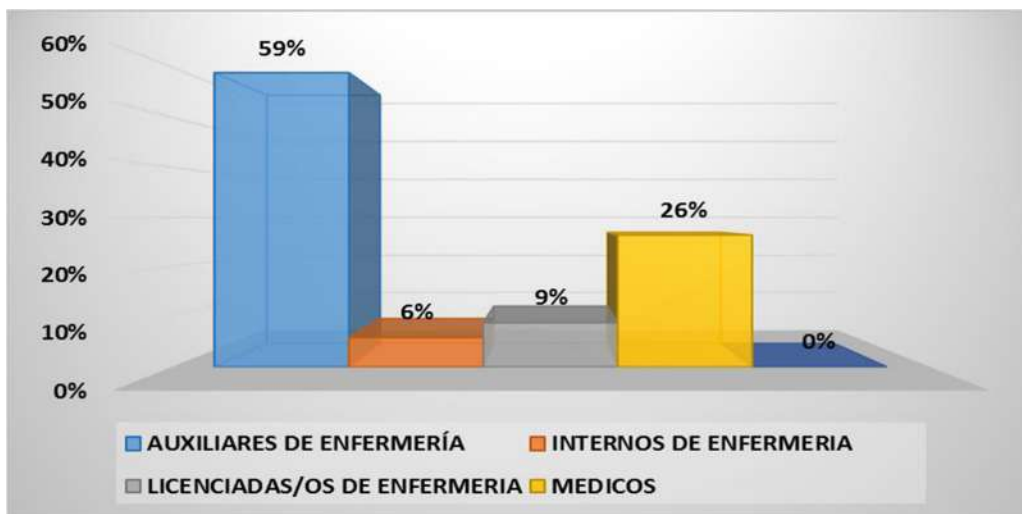


Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López
Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

El siguiente gráfico nos indica que el 95% del equipo de elimina y clasifica los desechos producidos durante la curación de las heridas, de acuerdo al protocolo de la institución a la que pertenecen, mientras que solo un 5% no lo realiza adecuadamente incumpliendo con el protocolo de curación de heridas y con el protocolo de manejo de desechos del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.

GRAFICO N° 9. INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD QUE CURACIONES DE HERIDAS



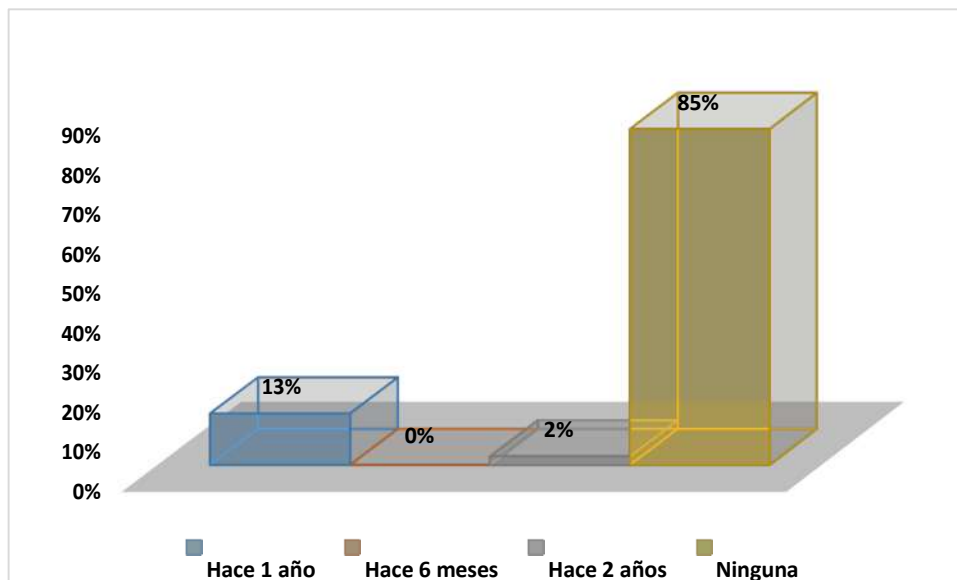
Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López

Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

Según los datos recolectados mediante la encuesta, presentamos mediante el siguiente gráfico los porcentajes asignados a cada integrante del equipo de salud en cuanto a la frecuencia de curación de heridas, teniendo el 26% para médicos, 59 % auxiliares de enfermería siendo ellos los que más realizan curaciones de heridas, un 6% se les atribuye a los internos de enfermería, de la misma manera 9% a las profesionales de enfermería

GRAFICO N° 10. CAPACITACIONES IMPARTIDAS POR LA INSTITUCIÓN SOBRE EL PROTOCOLO DE CURACION DE HERIDAS



Elaborado por: Olga Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López

Fuente: Equipo de Salud del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de Guayaquil.

Análisis e Interpretación de datos:

Mediante el gráfico expuesto se pretende ilustrar los porcentajes en cuanto a capacitaciones recibidas acerca del cumplimiento del protocolo de curación de heridas impartidas a la población estudiada, siendo así que el 13% refiere haber sido capacitado hace 1 año, el 2% hace 2 años y el 85% no haber recibido capacitación alguna, cuantificando de ésta manera la falta de educación continua al personal de salud por parte de la institución en donde se realiza éste estudio

CONCLUSIONES

- De acuerdo al nivel académico y formación profesional, mediante la encuestas realizadas al equipo de salud encontramos un 40% de profesionales de tercer nivel entre médicos y enfermeros profesionales, el 35% de nivel técnico que son los auxiliares de enfermería y 15% de profesionales en formación que son los internos de Enfermería ,cabe recalcar todos los integrantes antes mencionados cumplen el criterio de inclusión de haber realizado por lo menos una vez el procedimiento de curación de heridas en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.
- De acuerdo a los resultados encontramos que solo un 20 % del equipo de salud realiza una valoración previa del paciente y de la herida que posee, mientras que el 80 % no realiza dicha valoración.
- En cuanto al uso de los elementos de protección personal se determinó 75% del equipo de salud cumple con este punto del protocolo mientras que el 25% restante no lo hace, exponiendo a los pacientes al riesgo de infección y exponiéndose ellos a contraer alguna infección.

- Cumpliendo con el cuarto objetivo específico se determinó que el equipo de salud NO realiza el registro correspondiente al finalizar la curación de la herida incumpliendo el protocolo de curación de heridas y dificultando el seguimiento del proceso de cicatrización de la lesión, por otro lado el 5 % del equipo de salud específicamente los médicos mencionan registrar en el sistema electrónico la evolución del paciente.
- Basándonos en los datos obtenidos mediante la encuesta realizada al equipo de salud concluimos que el 13 % de población indica haber sido capacitado hace 1 año el 2% hace 2 años y el 85% no ha recibido capacitación acerca del cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte de la institución en la que laboran, demostrando el déficit de capacitaciones y la desatención en el aspecto de educación continua para el personal de salud en busca de disminuir riesgos que comprometan la integridad de enfermos y personal de salud.

RECOMENDACIONES

- Sugerimos la capacitación de manera frecuente del equipo de salud y la difusión del protocolo de curación de heridas a los mismos, con el afán de mejorar los servicios de salud y promover el desarrollo integral del equipo de salud.
- Se recomienda que se entrene de manera especial y se asigne un personal de salud específico (solo para curaciones de heridas) para que realice las curaciones de heridas de los pacientes del servicio de Traumatología y Ortopedia en un lugar que guarde las condiciones necesarias y suficientes (cuarto de curaciones o procedimientos) para disminuir el riesgo de infección y promover la pronta cicatrización del tejido lesionado.
- Se recomienda llevar un registro y seguimiento mucho más riguroso del que se lleva en la actualidad en cuanto a la evolución de la herida, antisépticos y apósitos utilizados con el objetivo de mejorar el cuidado de las heridas y disminuir la estancia hospitalaria que tanto le cuesta a los sistemas de salud en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andalia, R., Bayarre, H., Barrios, M., López, D., Bobadilla, C., & China, M. (31 de Octubre de 2007). *Revista Cubana Salud Publica*. Obtenido de <http://www.bvs.sld.cu>
- Andrade, R. (2012). *Infecciones en el sitio quirurgico en ortopedia*. Guayaquil.
- Barros. (2012). *wordpress*. Obtenido de <https://www.cirugiabarrosluco.files.wordpress.com>
- Corella, C., Mas, V., & Tarragon, S. (2011). *Articulos cientificos*. Obtenido de <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/rev58/artic11.htm>
- Correa, P. E. (2011). *wordpress*. Obtenido de <https://correap.wordpress.com/principios-quirurgicos-en-cirugia-oral-y-maxilofacial/>
- Fisterra. (s.f). *Infeccion en Cirugia*. Obtenido de http://www.fisterra.com/gestor/upload/editorial/INFECCION_EN_CIRUG%C3%8DA_02_06.doc
- Hospital de Mostoles*. (Octubre de 2012). Obtenido de <http://www.madrid.org/>
- Jimenez, C. (2008). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n3/v23n3a4.pdf>
- Manuel, S. (s.f). Infecciones Intraabdominales. En *Peritonitis y Abscesos* (págs. 147-150). MEDICRIT.
- McConnell KLH., T. (2012). El cuerpo humano forma y funcion. En T. McConnell KLH. , *Fundamentos de Anatomia y Fisiologia 14 d*. Barcelona: Wilkins LW&, .
- OMS. (2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>.
- OMS. (2014). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/gpsc/background/es/>
- OMS. (2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/gpsc/background/es/>
- OPS. (2012). *ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD*. Obtenido de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ninfecc32425.pdf>
- Pontifica Universidad de Chile. (2012). Obtenido de

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

Science Direct. (2014). Infección de la localización quirúrgica., (pág. 232).

Obtenido de Science Direct. Infección de la localización quirúrgica.

Science Direct. 2014 Enero; 232(10).

SISBIB. (s.f). Obtenido de

http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_01_heridas%20y%20cicatrizaci%C3%B3n.htm

Tgosanto . (2010). *wordpress*. Obtenido de

<http://www.tgosantotomas.files.wordpress.com>

Universidad Industrial de Santander. (2016). Obtenido de

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

Universidad Veracruzana. (2014). *UNIVERSIDAD VERACRUZANA*. Obtenido de <http://www.uv.mx>.

Venegas, A. (s.f). Obtenido de

<http://antoniovenegas.cl/archivos/CINTAS,%20APOSITOS,%20VENDAJES%20WEB.docx>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No. COR-1497



CARRERA
DE
ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

CE- 037 -2016

Guayaquil, 21 de Enero del 2016.

DR.
Joseph Mc Dermott
Director Técnico
Hospital Luis Vernaza

En su despacho -

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que las estudiantes **Esperanza Espinoza López y Mora Peralta Olga** quienes se encuentran realizando el trabajo de titulación con el tema "Cumplimiento de la Técnica de curación de heridas por parte del equipo de salud, en pacientes hospitalizados en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia." realicen la encuesta en la institución que Usted dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

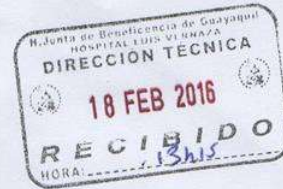
Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lda. **Angela Mendoza Vique**
DIRECTORA (e)
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

AM/Angie





HOSPITAL
LUIS VERNAZA
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 4 de Enero del 2016

Señores

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

De mis consideraciones:

Por medio de la presente informo a ustedes que he procedido a la revisión del Proyecto de investigación de las Sras. Olga Mora Peralta y Esperanza Espinoza López como requisito previo para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**; con el tema:

“CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CURACIÓN DE HERIDAS POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA”

Siendo un estudio tipo observación, descriptivo, prospectivo se ha realizado las correcciones pertinentes, por lo tanto pasa a su conocimiento para su evaluación y aprobación definitiva.

Las investigadoras se comprometen a presentar los respectivos avances de la investigación a este departamento.

Atte

H. Junta de Beneficencia de Guayaquil
HOSPITAL LUIS VERNAZA

Dr. Daniel Tettamanti-Miranda

Jefe del Dpto. de Investigación Médica

Dr. Daniel Tettamanti-Miranda

dtettmanti@central.jbgye.org.ec

PBX: (593) 4 2560300 Ext. 2404

HOSPITAL LUIS VERNAZA · PBX: (593) 4 256-0300 · LOJA 700 Y ESCOBEDO · GUAYAQUIL – ECUADOR

www.hospitalvernaza.med.ec



Anexo N° 1

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
TRABAJO DE TITULACIÓN
Previo a la obtención del título de Licenciada(o) en
Enfermería

Ficha de observación para identificar el cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil

Fecha: _____ Observador : _____
Cargo de quien realiza el procedimiento () Auxiliar de enfermería
() Técnico en enfermería
() Licenciada/o en enfermería () Médico
Marque el sexo del paciente : Hombre () Mujer ()
Tipo de herida: limpia () limpia-contaminada() contaminada ()

LISTA DE CHEQUEO CURACIÓN DE HERIDAS

Marque con una X dentro del casillero asignado para SI o NO de acuerdo a lo observado.

| COMPORTAMIENTO A EVALUAR | CRITERIOS | |
|--|------------------|-----------|
| | SI | NO |
| 1. Realiza la valoración del paciente y la herida | | |
| 2. Realiza higiene de manos | | |
| 3. Prepara los materiales y los lleva a la unidad del paciente. | | |
| 4. Ubica los materiales en lugar seco y seguro | | |
| 5. Brinda orientación al paciente acerca del procedimiento. | | |
| 6. Coloca paciente en posición adecuada y lo aísla entre biombos | | |
| 7. Coloca impermeable debajo del área a curación | | |

| | | |
|---|--|--|
| 8. Usa gorro, mascarilla y guantes estériles | | |
| 9. Descubre el área retirando apósitos y los descarta en el recipiente para desechos peligrosos | | |
| 10. Toma gasa esterilizada con pinza y la humedece con solución salina, la pasa a la otra pinza y hace limpieza según tipo de lesión las veces necesarias | | |
| 11. Toma gasa esterilizada seca con pinza, la pasa a la otra pinza y procede a secar la lesión las veces necesarias. | | |
| 12. Cubre la herida con apósitos y los fija con esparadrapo | | |
| 13. Retira impermeable, deja paciente cómodo y unidad en orden. | | |
| 14. Elabora nota con: fecha, hora, condición de la lesión, solución utilizada, reacción del paciente y firma. | | |
| 15. Realiza cuidado posterior del equipo | | |
| 16. Clasifica los desechos de acuerdo al protocolo de la institución | | |
| 17. Observación: | | |
| | | |

Elaborado por: Esperanza del Rocío Espinoza López y Olga Mora Peralta

Aprobado por: Lic. Olga Muñoz Roca



Anexo N° 2

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
TRABAJO DE TITULACIÓN
Previo a la obtención del título de Licenciada(o) en
Enfermería**

Instrumento que se aplica al equipo de salud con el objetivo de identificar cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil

Fecha:

Responsable:

ENCUESTA

La sinceridad con que usted responda los ítems será de mucha utilidad para esta investigación.

Seleccione la respuesta que usted considere correcta.

1.- CARGO QUE DESEMPEÑA:

- Médico
- Licenciada/o en Enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Técnico de enfermería
- Interno de enfermería

2.- ¿DE DÓNDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE CURACIONES DE HERIDAS?

- Práctica diaria
- Autoeducación en libros; páginas web, o revistas científicas
- Capacitaciones dadas por la institución
- Otras

3.- ¿CONOCE EL PROTOCOLO DE CURACIÓN DE HERIDAS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA?

SI

NO

4.- ¿HACE CUÁNTO TIEMPO RECIBIÓ CAPACITACIÓN ACERCA DE CURACIONES DE HERIDAS DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA?

Hace 1 año

Hace 6

meses

Hace 2 años

Ninguna

5.- ¿CUÁNTAS CURACIONES DE HERIDAS REALIZA DURANTE SU TURNO?

.....

6.- ¿A QUÉ TIPOS DE HERIDAS REALIZA CURACIONES FRECUENTEMENTE? PUEDE ESCOGER MÁS DE UNA OPCIÓN

Heridas Limpias

Heridas Limpia -
contaminada Heridas
Contaminada

Heridas Sucia

7.- ¿SABE EN QUÉ CONSISTE LA TÉCNICA DE ARRASTRE MECÁNICO EN CURACIÓN DE HERIDAS?

SI

NO

En caso afirmativo explique

8.- ¿APLICA LA TÉCNICA DE ARRASTRE MECÁNICO EN CURACIÓN DE HERIDAS?

SI

NO

NO SABE DE LA TÉCNICA

9.- ¿CÓMO REALIZA LA TÉCNICA DE ASEPSIA DE UNA HERIDA?

- 1) De adentro hacia afuera
- 2) De afuera hacia adentro
- 3) Es indiferente

10.- OCUPA OTROS MATERIALES PARA CURACIÓN DE HERIDAS

SI ()

NO ()

EN CASO AFIRMATIVO ESCOJA LOS MATERIALES QUE UTILIZA

- 4) Sulfadiazina de plata
- 5) Gentamicina tópica
- 6) Apósito hidrocoloide
- 7) Pomada de colágeno
- 8) Alginato de calcio
- 9) Rifocina
- 10) Otros (especificar) _____

**PARA RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS 12,13 Y 14,
PUEDE ESCOGER MÁS DE UN ÍTEMS**

11.-

**DE ACUERDO AL TIPO DE HERIDA QUE TIPO DE SOLUCIÓN
O COMPONENTE ANTISÉPTICO UTILIZA.**

- 1) Sablón
- 2) Alcohol yodado
- 3) Agua oxigenada
- 4) Suero fisiológico
- 5) Solución salina
- 6) Lactato Ringer
- 7) Povidona yodada
- 8) Agua potable
- 9) Alcohol antiséptico

12. Herida Limpia

13. Herida limpia contaminada

14. herida infectada

**16.- EN LA LIMPIEZA DE LAS HERIDAS ABIERTAS CON PÉRDIDA DE
TEJIDO
¿QUÉ USA?**

- 1) Un antiséptico
- 2) Suero fisiológico
- 3) Pomada de colágeno
- 4) Apósito hidrocoloide

17.- LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS SON FACTORES DE RIESGO PARA EL PROCESO DE LA CICATRIZACIÓN

- 1) Si
- 2) No
- 3) A veces

Elaborado por: Esperanza del Rocío Espinoza López y Olga Mora Peralta
Aprobado por: Lic. Olga Muñoz Roca

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



Momento en que se observaba la curación de heridas por parte de uno de los integrantes del equipo de salud.



Momento en que una de las investigadoras recolecta datos durante la curación de heridas.



Investigadora realizando la curación de heridas a un paciente hospitalizado en la sala de traumatología y ortopedia.



Investigadora aplicando la encuesta a integrante del equipo de salud en el servicio de traumatología y ortopedia



Investigadora aplicando la encuesta a integrante del equipo de salud en el servicio de traumatología y ortopedia.

Urkund Analysis Result

Analyzed Document: PROYECTO DE TITULACION DE HERIDAS EN HOSPITAL
VERNAZA.docx (D18293382)
Submitted: 2016-03-03 15:44:00
Submitted By: barby_4390@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Esperanza del Rocío Espinoza López con C.I. 0915645725 autor/a del trabajo de titulación **Cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 22 de Febrero del 2016

f. _____
Esperanza del Rocío Espinoza López
C.C: 0915645725



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Olga Lelly Mora Peralta** con C.C: # 0922057161 autor/a del trabajo de titulación **Cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 22 de Febrero del 2016

f. _____
Nombre: **Olga Mora Peralta**
C.C: 0922057161



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

| REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y | | |
|---|--|--|
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE | | |
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: | Cumplimiento del Protocolo de Curación de Heridas por parte del equipo de salud en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil 2015 | |
| AUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Olga Lelly Mora Peralta y Esperanza del Rocío Espinoza López | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) | Lic. Olga Muñoz Roca y Lic .Angela Mendoza Vincés | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | |
| FACULTAD: | Escuela de Enfermería | |
| CARRERA: | Carrera de Enfermería | |
| TITULO OBTENIDO: | Licenciada en Enfermería | |
| FECHA DE | 14 de Marzo de 2016 | No. DE PÁGINAS: 89 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Salud- Enfermería | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Protocolo de curación, técnica de curación, infección de heridos, equipo de salud | |
| RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): | | |
| <p>Se define como protocolo de curación de heridas al conjunto de pasos al realizar el procedimiento con el objetivo de favorecer la cicatrización del tejido lesionado hasta conseguir su remisión.</p> <p>Es pertinente mencionar que en la actualidad existen 2 formas de realizar una curación: la tradicional o la avanzada. La curación tradicional es aquella que se realiza en ambiente seco, utiliza apósitos pasivos, usa tópicos (antisépticos, antimicrobianos, etc.) y se realiza a diario, también tenemos la curación avanzada se realiza en un ambiente húmedo fisiológico utilizando apósitos bioactivos, no usa tópicos en lo posible y su frecuencia varía según la evolución de la herida.</p> <p>Por lo tanto la problemática que se investigó es en relación al cumplimiento del protocolo de curación de heridas por parte del equipo de salud que labora en las salas del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Luis Vernaza en la ciudad de Guayaquil, en la cual se cumplieron los objetivos planteados, llegando a la conclusión que el equipo de salud no cumple con todos los pasos descritos en el protocolo, exponiendo y exponiéndose al riesgo de infección aumentando la estancia hospitalaria de los pacientes, en base a esto se recomienda que la capacitación permanente del personal por parte de la institución acerca de curaciones de heridas y los beneficios que tiene cumplir el protocolo a cabalidad.</p> | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: +593-4-0997745212-0986506122 | E-mail: barby_4390@hotmail.com bonita_elly@hotmail.com |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Olga Muñoz Roca | |
| | Teléfono: +593-4-0985436150 | |
| | E-mail: olamuro144@gmail.com | |

| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | |
|---|--|
| Nº. DE REGISTRO (en base a | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | |