



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

Influencia de la Curación Tradicional de las Heridas Crónicas en los Costos de la Estancia Hospitalaria en los Usuarios Externos del Hospital General HOSNAG. Creación del Servicio de Clínica de Heridas

AUTOR:

Lcdo. Danny Manuel Nicolalde Rodríguez

Previo a la Obtención del Grado Académico:

Magister en Gerencia en Servicios de la Salud

TUTORA:

Eco. Jazmín Angélica Cornejo Robayo, MAE

Guayaquil, Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Licenciado en Enfermería Danny Manuel Nicolalde Rodríguez, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Eco. Jazmín Angélica Cornejo Robayo, MAE

REVISORA

ING. Elsie Zerda Barreno, MGS.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Mgs

Guayaquil, a los 08 del mes de enero del año 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Danny Manuel Nicolalde Rodríguez

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación “**Influencia de la curación tradicional de las heridas crónicas en los costos de la estancia hospitalaria en los usuarios externos del Hospital General HOSNAG. Creación del servicio de Clínica de Heridas**”, previa a la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud, ha sido desarrollada 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 mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 08 del mes de enero del año 2018

EL AUTOR

Danny Manuel Nicolalde Rodríguez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Danny Manuel Nicolalde Rodríguez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación** previa a la obtención del grado de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **“Influencia de la Curación Tradicional de las Heridas Crónicas en los Costos de la Estancia Hospitalaria en los Usuarios Externos del Hospital General HOSNAG. Creación del Servicio de Clínica de Heridas”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 08 del mes de enero del año 2018

EL AUTOR

Danny Manuel Nicolalde Rodríguez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

INFORME DE URKUND

The screenshot displays the URKUND web interface. The browser address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/32842295-490046-506975#BcE5DslwFEDBu7h+Qv67naugFCg5II0KRF3Z+bbPIfb7hJIoUMZKIdFVRRQx0NNNFcBzo...>

The interface includes the URKUND logo and a navigation menu with 'Lista de fuentes' and 'Bloques'. The main content area is divided into two sections:

Documento: [Proyecto de investigación MGSS LIC DANNY NICOLALDE RODRIGUEZ \(2\).docx](#) (D33290212)

Presentado: 2017-12-04 10:11 (-05:00)

Presentado por: danny_nicolalde@hotmail.es

Recibido: maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: Proyecto de investigación Lic Nicolalde Danny [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de estas 76 páginas, se componen de texto presente en 13 fuentes.

Lista de fuentes:

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/La-importancia-de-un-tratamient...
	http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%3aB3digo_org%C3%A...
	http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/A-3155...
	https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn...
	http://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/ley-de-segurid...
	EXAMEN COMPLEXIVO LCDA. MILKA LOZANO.pdf

The bottom of the interface shows a toolbar with icons for navigation and document management, and a status bar indicating '0 Advertencias', 'Reiniciar', 'Exportar', and 'Compartir'.

Agradecimiento

Quiero agradecer a Dios quien me ha permitido mantener mi salud, fortaleza, y sabiduría para alcanzar este logro tan anhelado en mi carrera profesional. También a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil-Sistema de Posgrado por haberme abierto sus puertas para ser parte de esta Institución Superior Educativa de alto prestigio a nivel Nacional, a mis profesores que han sabido transmitir sus conocimientos y valores muy valiosos que serán aplicados en mi vida profesional, también a mi Asesora de Proyecto Eco. Jazmín Angélica Cornejo Robayo por haberme brindado su apoyo incondicional en la elaboración de mi Proyecto de Investigación con su conocimiento científico y su paciencia en todas sus tutorías para su desarrollo.

Expreso una gratitud total a mis compañeros de aula que gracias a sus consejos, apoyo, amistad han generado impulsar mis ganas para alcanzar este logro. Al Hospital General HOSNAG presidido por el Señor CPMG-MD Pablo Herrera Salazar un inmenso agradecimiento por haber aceptado el desarrollo de mi Proyecto en su gloriosa Institución de Salud.

Me siento privilegiado por contar con un pilar importante en mi vida personal como es mi esposa, tres hijos, padre, madre, y dos hermanos quienes me han respaldado categóricamente y han sabido superar la tristeza a causa de mi ausencia física y espiritual para culminar este reto de mi vida profesional, no me queda más que decirles gracias por no dejarme solo en este desafío alcanzado.

Danny Manuel Nicolalde Rodríguez

Dedicatoria

A Dios, a mi esposa y mis tres hijos que han sido un gran apoyo
incondicional en mi carrera universitaria

Índice General

Introducción	1
Objeto de Estudio.....	4
Campo de Acción.....	4
Planteamiento del Problema	4
Formulación del Problema.....	7
Justificación	8
Preguntas de Investigación	9
Hipótesis	9
Objetivos	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.	10
Capítulo I. Marco Teórico Conceptual	11
Antecedentes.....	11
Teorías de la Administración.....	13
Conceptos Administrativos.....	14
Estancia Hospitalaria	16
Cicatrización	24
Tipos de cicatrización.....	24
Fases de la cicatrización.....	24
Curación.....	28
Tipos de curaciones.....	29
Técnicas avanzadas en el tratamiento de heridas.....	33
Clínica de Heridas.....	34
Marco legal	36
Capítulo II. Marco Referencial.....	39
Situación actual del Ecuador en relación al tratamiento de heridas.....	43
Instituciones involucradas.....	46
Hospital General HOSNAG.....	48
Capítulo III. Metodología de la Investigación.....	58
Metodología de cuestionario dirigido al cliente interno	58
Universo de estudio.....	59

Tamaño y selección de muestra objeto de estudio.....	59
Resultados.....	60
Metodología de Revisión de Historias clínicas.....	85
Universo de estudio.....	85
Resultado de revisión de historias clínicas	86
Análisis e interpretación de los resultados.....	92
Metodología de Entrevistas.....	93
Desarrollo de entrevistas.....	93
Resultado.....	100
Capítulo IV. Propuesta.....	104
Creación del servicio de Clínica de Heridas en el Hospital General HOSNAG.	104
Objetivos de la Propuesta.....	104
Justificación de la Propuesta.....	105
Diagnóstico Estratégico	106
Modelo PESTA.....	106
Cadena de valor de la situación actual.....	109
Matriz EFE.....	111
Matriz EFI.....	112
Matriz DAFO-CAME.....	114
Cadena de valor propuesta.....	116
Talento Humano.....	118
Organigrama funcional.....	118
Especificación de funciones de personal de planta.....	119
Capacitaciones.....	122
Producto / Servicio.....	123
Descripción de los servicios.....	123
Plaza, cadena de Suministros y Operaciones	124
Infraestructura.....	124
Promoción.....	124
Análisis de Costos.....	125
Inversión del presupuesto anual.....	125
Costos directos e indirectos.....	128
Gastos administrativos.....	130
Estancia hospitalaria.....	130

Diferencia entre situación actual y propuesta planteada.....	131
Productividad y comparación de costos.....	131
Indicadores de Gestión.....	133
Plan de Contingencia	136
Conclusiones	137
Recomendaciones	138
Referencias.....	139
Apéndice.....	147

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Ejemplos de costes directos e indirectos en el tratamiento de heridas</i>	17
Tabla 2. <i>Ganancia efectiva de camas a partir de la reducción de la duración de la estancia hospitalaria</i>	18
Tabla 3. <i>Clasificación en función de la complejidad, etiología, forma y contaminación de la herida</i>	19
Tabla 4. <i>Factores Generales que Afectan al Proceso de Cicatrización</i>	22
Tabla 5. <i>Porcentaje de población con discapacidad, 2001 y 2010</i>	44
Tabla 6. <i>Principales causas de morbilidad con riesgo a sufrir heridas crónicas</i>	45
Tabla 7. <i>Cartera de Servicios del Hospital General HOSNAG</i>	52
Tabla 8. <i>Atenciones a Pacientes por los Servicios de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización y Observación por Grupos de Edad</i>	54
Tabla 9. <i>Patologías más frecuentes en la Consulta externa del servicio de Cirugía Plástica</i>	55
Tabla 10. <i>Patologías más frecuentes en la Consulta externa del servicio de Cirugía Vascular</i>	56
Tabla 11. <i>Curaciones Realizadas por el personal de Enfermería por servicios año 2016</i>	57
Tabla 12. <i>Distribución del personal encuestado según el área</i>	60
Tabla 13. <i>Formación recibida por el personal encuestado sobre el cuidado y tratamiento de heridas</i>	61
Tabla 14. <i>Conocimiento sobre los factores de riesgo para la aparición de heridas crónicas</i>	62
Tabla 15. <i>Conocimiento sobre cuidados de prominencias óseas</i>	63
Tabla 16. <i>Conocimiento sobre la aplicación de soluciones refrescantes en la piel</i>	64
Tabla 17. <i>Conocimiento sobre el grado de elevación de la cama</i>	65
Tabla 18. <i>Conocimiento sobre el uso de medidas de protección</i>	65
Tabla 19. <i>Promedio mensual de curaciones</i>	67
Tabla 20. <i>Tipo de heridas más frecuentes identificadas por el personal de salud</i>	68
Tabla 21. <i>Conocimiento de contaminación de las heridas crónicas</i>	69
Tabla 22. <i>Conocimiento sobre utilizar povidona iodada para la cura de las heridas crónicas</i>	69
Tabla 23. <i>Conocimiento sobre valoración de estadio de úlcera</i>	70
Tabla 24. <i>Identificación de curación avanzada o curación en ambiente húmedo</i>	71
Tabla 25. <i>Conocimiento sobre selección de apósito de acuerdo al exudado</i>	72
Tabla 26. <i>Conocimiento para diagnosticar la herida infectada</i>	73

Tabla 27. <i>Aplicación de antibióticos tópicos</i>	74
Tabla 28. <i>Conocimiento de uso adecuado de colagenesa</i>	74
Tabla 29. <i>Conocimiento sobre el uso del apósito activo de plata</i>	75
Tabla 30. <i>Tipo de curación que realiza el personal encuestado</i>	76
Tabla 31. <i>Dificultad en el servicio para aplicación de los conocimientos del personal de salud</i>	79
Tabla 32. <i>Necesidad de recursos para la prevención y tratamiento de las heridas</i>	80
Tabla 33. <i>Existencia de protocolos para el tratamiento y prevención de heridas crónicas</i>	80
Tabla 34. <i>Presencia de comisión o unidad en el Hospital</i>	81
Tabla 35. <i>Participación del personal de salud en trabajos de investigación</i>	82
Tabla 36. <i>Credibilidad del personal de enfermería sobre el tema de las heridas crónicas</i>	83
Tabla 37. <i>Distribución de historias clínicas por servicio</i>	86
Tabla 38. <i>Distribución de historias clínicas por diagnóstico de ingreso</i>	87
Tabla 39. <i>Condición de piel al ingreso hospitalario</i>	88
Tabla 40. <i>Tipo de heridas crónicas identificadas</i>	89
Tabla 41. <i>Matriz EFE</i>	112
Tabla 42. <i>Matriz EFI</i>	113
Tabla 43. <i>Matriz DAFO-CAME</i>	115
Tabla 44. <i>Detalles de la capacitación</i>	122
Tabla 45. <i>Activos fijos producción</i>	125
Tabla 46. <i>Activos fijos administrativos</i>	126
Tabla 47. <i>Gastos pre-operacionales</i>	127
Tabla 48. <i>Inversión inicial total</i>	127
Tabla 49. <i>Costos indirectos</i>	129
Tabla 50. <i>Mano de obra directa</i>	129
Tabla 51. <i>Mano de obra directa anual</i>	130
Tabla 52. <i>Gastos administrativos</i>	130
Tabla 53. <i>Resumen de costos</i>	131
Tabla 54. <i>Productividad estancia hospitalaria</i>	131
Tabla 55. <i>Costos de estancia hospitalaria</i>	132
Tabla 56. <i>Costos de las curaciones tradicionales y avanzadas</i>	133
Tabla 57. <i>Ahorro en heridas de úlceras por presión</i>	133
Tabla 58. <i>Plan de contingencia</i>	136

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Fase de coagulación.....	25
<i>Figura 2.</i> Fase de inflamación	26
<i>Figura 3.</i> Esperanza de vida al nacer.....	43
<i>Figura 4.</i> Ubicación del Hospital General HOSNAG	50
<i>Figura 5.</i> Estructura Organizacional del Hospital General HOSNAG.....	51
<i>Figura 6.</i> Distribución del personal encuestado según el área del Hospital General HOSNAG	61
<i>Figura 7.</i> Formación recibida por el personal encuestado sobre el cuidado y el tratamiento de heridas.....	61
<i>Figura 8.</i> Conocimiento sobre los factores de riesgo para la aparición de heridas crónicas...	62
<i>Figura 9.</i> Conocimiento sobre cuidados de prominencias óseas.....	63
<i>Figura 10.</i> Conocimiento sobre la aplicación de soluciones refrescantes en la piel	64
<i>Figura 11.</i> Conocimiento sobre el grado de elevación de la cama.....	65
<i>Figura 12.</i> Conocimiento sobre el uso de medidas de protección.....	66
<i>Figura 13.</i> Promedio mensual de curaciones.....	67
<i>Figura 14.</i> Tipo de heridas más frecuentes identificadas por el personal de salud	68
<i>Figura 15.</i> Conocimiento de contaminación de las heridas crónicas	69
<i>Figura 16.</i> Conocimiento sobre iodada para la cura de las heridas crónicas.....	70
<i>Figura 17.</i> Identificación de curación avanzada o curación en ambiente húmedo.....	72
<i>Figura 18.</i> Conocimiento sobre selección de apósito de acuerdo al exudado	72
<i>Figura 19.</i> Conocimiento para diagnosticar la herida infectada.....	73
<i>Figura 20.</i> Aplicación de antibióticos tópicos	74
<i>Figura 21.</i> Conocimiento de uso adecuado de colagenesa.....	75
<i>Figura 22.</i> Conocimiento sobre el uso del apósito activo de plata.....	75
<i>Figura 23.</i> Tipo de curación que realiza el personal encuestado.....	76
<i>Figura 24.</i> Aciertos globales en relación al tratamiento de las heridas por profesión.....	78
<i>Figura 25.</i> Dificultad en el servicio para aplicación de los conocimientos del personal de salud	79
<i>Figura 26.</i> Necesidad de recursos para la prevención y tratamiento de las heridas	80
<i>Figura 27.</i> Existencia de protocolos para el tratamiento y prevención de heridas crónicas....	81
<i>Figura 28.</i> Presencia de comisión o unidad en el Hospital.....	81
<i>Figura 29.</i> Participación del personal de salud en trabajos de investigación	82

<i>Figura 30.</i> Credibilidad del personal de enfermería sobre el tema de las heridas crónicas	83
<i>Figura 31.</i> Porcentaje de satisfacción sobre las heridas crónicas	84
<i>Figura 32.</i> Distribución de historias clínicas por servicio	87
<i>Figura 33.</i> Distribución de historias clínicas por diagnóstico de ingreso.....	88
<i>Figura 34.</i> Condición de piel al ingreso hospitalario	89
<i>Figura 35.</i> Tipo de heridas crónicas identificadas.....	90
<i>Figura 36.</i> Promedio de días de estancia hospitalaria de acuerdo al tipo de heridas	91
<i>Figura 37.</i> Desenlace del tratamiento de las heridas crónicas.....	91
<i>Figura 38.</i> Cadena de valor situación actual	110
<i>Figura 39.</i> Flujograma de procesos actual.....	110
<i>Figura 40.</i> Cadena de valor propuesta.....	117
<i>Figura 41.</i> Flujograma de proceso propuesto	118
<i>Figura 42.</i> Organigrama	119
<i>Figura 43.</i> Infraestructura.....	124

Lista de Apéndices

Apéndice A. Autorización para la obtención de información para el proyecto de investigación	147
Apéndice B. Encuesta de opinión del usuario externo sobre la demanda y tratamiento de las heridas y ostomías en relación a la creación de clínica de heridas dentro del Hospital General HOSNAG	148
Apéndice C. Encuesta de opinión del usuario interno sobre la demanda y tratamiento de las heridas y ostomías en relación a la creación de clínica de heridas dentro del Hospital General HOSNAG	149
Apéndice D. Encuesta al cliente interno sobre el tratamiento y prevención de heridas crónicas	150
Apéndice E. Fotografías de entrevistas.....	152
Apéndice F. Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal.....	153
Apéndice G. Propuesta de clínica de heridas	154

Resumen

Las heridas crónicas afectan económicamente al sistema de salud mundial según (Iberolatinoamerica, 2011): por lo que, el objetivo de esta investigación es analizar la curación tradicional de las heridas crónicas en relación a los costos de estancia hospitalaria en los usuarios externos del Hospital General HOSNAG. El enfoque de investigación es cuantitativo y cualitativo donde se aplican tres métodos de recopilación de datos: 1 - Cuestionario orientado al cliente interno, se utilizó metodología descriptiva transversal a través del cuestionario auto-evaluativo modificado de 20 preguntas con respuestas dicotómicas; 2- Observación de historias clínicas, utilizando la metodología anterior de cohorte retrospectivo donde el instrumento fue el historial clínico entre mayo de 2016 a mayo de 2017; y 3 – entrevistas a médico cirujano vascular, cirujano plástico y licenciado en enfermería con experiencia profesional en heridas crónicas.

Como resultado de los 115 cuestionarios, el 83% de ellos aplican la curación tradicional y el 17% curación avanzada. Por otro lado, la observación de 98 historias clínicas se evidenció que la estancia hospitalaria media fue de 19,17 días. Finalmente, los resultados de las entrevistas profesionales coinciden en la importancia de contar con un área que brinde el servicio de clínica de heridas con curación avanzada. Si se implementa el proyecto se reducirá el 10% la estancia hospitalaria con ahorro de \$176.75 por paciente. La curación avanzada reflejó un ahorro de \$221.25 que significó el 43.08% con respecto a la curación tradicional. El ahorro total que generó la nueva clínica de heridas fue de \$398 por paciente.

Palabras claves: clínica, estancia hospitalaria, costos, heridas, curación tradicional, curación avanzada.

Executive Summary

The chronic wounds affect economically to the Healthcare System at around the world (Iberolatinoamerica, 2011). Because of this, the research objective is to analyze traditional healing applied to chronic wounds in relation with the external users' hospital stay costs from the HOSNAG General Hospital. The research approach is quantitative and qualitative where, three data collection methods were applied: 1- Questionnaire oriented to the internal client, in which was used a transversal descriptive methodology through a modified auto-evaluative questionnaire of 20 questions with dichotomous answers; 2- Historical clinic observation using the above methodology in a retrospective cohort study where, the instrument was the clinic histories between May 2016 to May 2017; and 3- Interviews or phenomenological study oriented to professional expertise in chronic wounds to reinforce this research with the participation of a vascular surgeon, a plastic surgeon and a degree in nursing. As results of the 115 questionnaire applied to the internal client from this hospital, 83% of them applied the traditional healing and 17% the advance healing. On the other hand, the observation of 98 clinic histories from patients with chronic wounds brought out that, the average period hospital stay was 19.17 days. Finally, the results of the professional interviews reinforce the need to have an area specialized in chronic wounds with advanced healing. The advanced cure reflected a saving of \$221.25 which meant 43.08% compared to the traditional cure. The total saving generated by the new wound clinic was \$ 398 per patient

Key words: clinic, hospital stay, costs, wounds, traditional healing, and advance healing.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002 en su parlamento Mundial 55, celebrado en Ginebra, pone en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente debido al número de accidentes, incidentes y eventos adversos que se han presentado por la atención de salud a nivel mundial. Dentro de las diez principales estrategias mundiales está la prevención de úlceras por presión y el adecuado tratamiento de las heridas (OMS, 2017).

En el Hospital General (HOSNAG) se realizó un análisis sobre el tratamiento de las heridas crónicas en base a una encuesta al usuario interno – externo, recolección de datos históricos y entrevistas, en donde se demuestra la responsabilidad que se ha delegado al personal de enfermería sin un protocolo estandarizado y directrices teóricas y prácticas actualizadas, así como también el uso de los diferentes productos importantes de gran valor económico que son indispensables para la pronta recuperación, pero que si no son utilizados adecuadamente ocasiona un desperdicio de este recurso lo cual aumentan los gastos al hospital y familiares así como también la recuperación del paciente es tardía.

Debido a esto se ha visto la necesidad de desarrollar este tema de estudio para la creación de un servicio que brinde una atención integral con personal multidisciplinario en relación a las heridas crónicas del paciente hospitalizado y ambulatorio siendo una estrategia clínica, económica y social que brinde una atención de calidad a los usuarios del Hospital General HOSNAG. La creación de este servicio en relación a las heridas y pacientes ostomizados permite disminuir los días cama-pacientes hospitalizados y dependiendo de su complejidad que sea manejado ambulatoriamente; así como también, evita las complicaciones de este tipo de patología con la prevención de los eventos relacionados a las heridas crónicas, fundamentado en la socialización de este servicio a los usuarios internos y externos. El propósito de esta investigación en base a lo antes expuesto se presenta metodológicamente

en cuatro capítulos previo a un desglose del contexto, donde se plantea el problema, el objetivo general y los específicos para determinar la justificación del proyecto.

En el capítulo I se fundamenta en el marco teórico internacional y nacional apegados a la legitimidad del Ecuador como son la Constitución Nacional y Acuerdos ministeriales que los ecuatorianos están sujetos. Se analizarán los lineamientos estandarizados a nivel mundial para la creación del servicio de clínica de heridas y los avances tecnológicos para el tratamiento de las heridas crónicas, con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia de los productos y procedimientos para la pronta integración del paciente a la sociedad y se desarrolle en su vida cotidiana con normalidad.

El capítulo II, se hace una revisión de los estudios a nivel mundial sobre el tratamiento de las heridas en relación a la estancia hospitalaria además de la situación actual del país sobre este tema, estos argumentos son la base para la realización de un análisis de la creación de la Clínica de Heridas, también se muestra la estructura y funcionamiento del Hospital General HOSNAG con datos estadísticos de esta casa de salud. También se demuestra que el Hospital General HOSNAG siendo un Hospital de segundo nivel de atención con cuarto nivel de complejidad y docente brinda sus servicios a pacientes militares en servicio activos y pasivos, dependientes, derechohabientes, y siendo parte de la Red Pública Integral Salud (RPIS) ofrece atención a pacientes del Instituto de Seguridad Social (IESS) y Ministerio de Salud Pública (MSP) donde se presenta su principal epidemiología en las enfermedades relacionadas a traumatología y cirugía general con alto número de paciente de tercera edad que son susceptibles a padecer de heridas debido a su condición de la piel como demuestra las estadísticas del hospital en los últimos años y la falta de una área con estas características expresadas por el cliente interno y externo.

En el capítulo III, se observa la metodología de estudio como son: las encuestas desarrolladas al usuario interno a fin de conocer el tratamiento que se realiza a las heridas

crónicas y el grado de satisfacción de los mencionados, la revisión de historias clínicas en el transcurso de mayo del 2016 a mayo del 2017 y las entrevistas ejecutadas a dos médicos tratantes y un licenciado con experiencia en el servicio de Clínica de Heridas de una institución privada

En el capítulo IV, se plantea la matriz del FODA previo al análisis del PESTA que permite identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de esta institución en relación a las heridas crónicas. Finalmente se diseña una propuesta para la creación de un área que brinde el servicio de clínica de heridas basado en la factibilidad económica, recursos humanos multidisciplinario, infraestructura y la tecnología de acuerdo a los estándares de calidad a nivel mundial logrando una recuperación pronta del paciente, previniendo estas patologías y disminuyendo costos al hospital.

Objeto de Estudio

La curación tradicional de las heridas crónicas y su influencia en los costos de estancia hospitalaria en las áreas de Emergencia, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos.

Campo de Acción

Esta investigación es realizada en la ciudad de Guayaquil en Ecuador en el Hospital General HOSNAG en los servicios de Emergencia, Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos.

Planteamiento del Problema

En las áreas de Terapia Intensiva, Hospitalización y Emergencia del Hospital General HOSNAG se realiza curación tradicional de las heridas crónicas en los usuarios externos lo cual influye en los costos de estancia hospitalaria.

El Hospital General HOSNAG siendo parte de la RPIS abre sus puertas a los usuarios externos del MSP, IESS, miembros de las Fuerzas Armadas, sus dependientes y derechohabientes en donde se identifica que las curaciones de heridas son de alta demanda en esta casa de salud y su tratamiento no es acorde a los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de Salud como son:

El manejo de las heridas en las áreas de Hospitalización, Terapia Intensiva, Emergencia es realizado en su mayoría por personal Auxiliar en Enfermería seguido por los Licenciados en Enfermería y al último por los Médicos, dicho personal no cuenta con una capacitación especializada en el manejo de las heridas. Las heridas son tratadas por diferente personal ya sea Médico, Licenciados o Auxiliares y no se realiza un seguimiento correcto para su pronta recuperación esto ocasiona un mal uso de los productos y una mayor prolongación de estancia hospitalaria, debido a que cada profesional tiene su criterio y no existe un concepto estandarizado.

No se cumple con la toma de muestra para cultivo en diferentes tipos de heridas para así determinar que germen está afectando y brindar un tratamiento de antibiótico adecuado, en estos tipos de pacientes es necesario el tratamiento multidisciplinario, ya sea con Médico Cirujano Plástico, Cirujano vascular, Enfermero, Infectología, Nutricionista o Psicología. El Hospital no cuenta con una área específica para la curación de las heridas a los pacientes Hospitalizados y Ambulatorios. Así como también no existe un programa de prevención y educación al paciente y familia en el tratamiento de las heridas, cabe señalar que esto implica educación al usuario interno.

En el área de Emergencia se realizan curaciones de heridas crónicas lo cual resta tiempo al personal de este servicio para que cumpla con la razón de ser de Emergencia que es brindar atención oportuna e inmediata para salvar la vida en estados de emergencia y urgencia. Por lo antes dicho, se demuestra en la base de datos estadísticos del Hospital General HOSNAG que el grupo de edad que recibe mayor atención es de 20 a 49 años con un 36% y de 50 a 64 años con un 23% de toda la población de atención de salud siendo un grupo susceptible a lesiones de la piel por su envejecimiento. En la tabla ocho se presentan la atención a pacientes por grupos de edad de mayo 2016 a mayo 2017

Las tres primeras causas más frecuentes de consulta en el servicio de Cirugía Vascular son las Venas Varicosas en Miembros Inferiores, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal con un total de 76% de patologías más habituales de consulta por este servicio. Cabe indicar que los pacientes con estas patologías son susceptibles a sufrir un tipo de lesión en la piel y su recuperación es lenta en sanar. En la tabla 10 se demuestran los diagnósticos más frecuentes de la consulta de Cirugía Vascular en el 2016.

El 18% de atenciones en el servicio de Cirugía Plástica tienen relación con las heridas entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran: absceso cutáneo, heridas localizadas en pierna, pie y tobillo, Úlceras por presión, como se demuestra en la tabla 9.

A partir de mayo del 2016 a mayo 2017 el personal de enfermería reportó 5879 curaciones de diferente tipo de heridas como son curaciones de vías centrales, úlceras por presión, quemaduras, heridas en diferentes partes del cuerpo, de este número de curaciones el 32 % son realizadas en Hospitalización por el personal de enfermería como se observa en la tabla 11

Con el propósito de conocer la percepción de los usuarios internos y externos que refuerce el planteamiento del problema se realizó 25 encuestas pilotos a los usuarios externos entre pacientes y familiares de pacientes del Hospital General HOSNAG donde se evidencio el 75% de los encuestados no conoce algún servicio especializado para la curación de heridas dentro de alguna institución de salud a nivel nacional, así como también el 95% no tiene conocimiento sobre la curación avanzada, pero el 80% tienen la predisposición para recibir educación sobre esta patología en conjunto con la familia. El 60% de los encuestados indican que la explicación impartida por los profesionales del Hospital General HOSNAG sobre el manejo las heridas de ellos o de sus familiares no han completado las inquietudes señalando adicional que el 70 % no han recibido orientación para prevenir las heridas de acuerdo a su condición de salud; cabe señalar, que el 90% piensa que es importante una área exclusivamente para el tratamiento de heridas en el Hospital General HOSNAG

Adicional se aplicó 50 encuestas pilos al personal de salud del Hospital General HOSNAG entre ellos, 19 Médicos Residentes, 12 Licenciados en Enfermería, 20 Auxiliar en Enfermería en los servicios de Hospitalización, Emergencia y Terapia Intensiva donde se evidencio que el 54% no tiene conocimiento sobre algún centro especializado para la curación de heridas y ostomías dentro de alguna institución de salud a nivel nacional, el 79% realiza curaciones tradicionales.

El 54% del personal encuestado indica que conoce los protocolos de la institución para la curación de las heridas a pesar que físicamente esta documentación no consta en el

establecimiento asimismo el 72% del personal de salud afirman que no han recibido capacitación sobre el tratamiento de las heridas dentro del Hospital y el 65% indica que no han realizado un curso especializado fuera de la institución para el manejo de estas patologías.

Formulación del Problema

¿Cómo influye la curación tradicional de heridas crónicas en los costos de estancia hospitalaria en las áreas de Hospitalización, Emergencia y Unidad de cuidados Intensivos en el Hospital General HOSNAG?

Justificación

Este estudio es acoplado a la línea de investigación de análisis de costos - efectividad en la salud; debido a que existen estudios en la literatura mundial y nacional que analizan la problemática de las heridas, en la ciudad de Guayaquil existen varias casa de salud que ya cuentan con este servicio como son: el Hospital Luis Vernaza, Hospital de los Ceibos, Hospital Teodoro Maldonado Cabo y Omni Hospital; por esta razón, es importante el desarrollo de este tema de investigación que permite conocer científicamente la realidad sanitaria de la influencia de la curación tradicional en relación a la estancia hospitalaria en el Hospital General HOSNAG, además que genere una preocupación en las autoridades para lograr la creación de una área que brinde estos servicios

Centralizar un tratamiento cumpliendo con lineamientos modernos estandarizados y con un personal multidisciplinario permite mejorar su desempeño profesional y maximizar los recursos para el beneficio del paciente y la institución. El Hospital General HOSNAG se beneficiará con los resultados de esta investigación para cumplir con la función básica del hospital y garantizar la calidad de atención en los pacientes con esta dolencia debido a que se empleará un marco científico-teórico aplicado en lo práctico dirigido a los usuarios, siendo el principal favorecido por su pronta rehabilitación para su integración a la sociedad; así como también, evitar la aparición de heridas dentro de la institución y generar una confianza del paciente con el personal sanitario del hospital

Con la propuesta de investigación, se logrará disminuir la demanda de atención en relación a los tratamientos de las heridas en el servicio de emergencia y esta área cumplirá con su misión que es la atención a los pacientes con compromiso de sus constantes vitales lo cual ameritan una atención rápida y oportuna. En las áreas de hospitalización las curaciones de las heridas serán realizadas por este equipo multidisciplinario y se evitará que todo el personal de enfermería manipule las heridas sin conocimiento científico.

El alto índice en desarrollar úlceras por presión en el último año dentro del Hospital General HOSNAG contará con un recurso humano calificado que desarrolle programas de prevención incluyendo a la familia y al paciente para fomentar la educación y mejorar la relación paciente-personal de salud. Según la sociedad ibero latinoamericana para la solución de los problemas relacionados a los cuidados de las heridas establece promover la creación de unidades especializadas para la atención de las personas con heridas, con enfoque claramente interdisciplinar, y la existencia de profesionales de referencia en cada entorno sanitario y social. Esta investigación permite cumplir con las recomendaciones de esta organización y así fomentar el cuidado específico a este grupo de pacientes (Jiménez, 2008).

También en el cumplimiento de la propuesta se podrá apoyar a los estudios realizados en diferentes partes del mundo y a lo largo del tiempo entre la curación tradicional versus la curación avanzada quien tiene investigaciones moleculares e inmunocitoquímico y comprenden los diferentes eventos que se presentan durante las etapas de cicatrización dando como prioridad al tratamiento con un ambiente húmedo avalado por la evidencia científica y han demostrado ser más cómoda para el paciente así como para quien lo trata (Winter & Sácales, 1963; citado por Andrades, Sepúlveda, & González, 2004).

Preguntas de Investigación

¿Qué se conoce a nivel internacional y nacional referente a la curación tradicional y curación avanzada de las heridas?

¿Cuál es el tratamiento de las heridas en el Hospital General HOSNAG?

¿Se puede disminuir los costos de estancia hospitalaria de los pacientes con heridas crónicas en las áreas de Emergencia, Hospitalización y Terapia Intensiva?

Hipótesis

La curación tradicional de las heridas crónicas aumenta los costos de estancia hospitalaria en el Hospital General HOSNAG.

Objetivos

Objetivo general.

Analizar la curación tradicional de las heridas crónicas en relación a los costos de estancia hospitalaria en los usuarios externos de las áreas de Terapia Intensiva, Hospitalización y Emergencia del Hospital General HOSNAG, realizando un levantamiento de información, para la creación del Servicio de Clínica de Heridas.

Objetivos específicos.

Identificar el tratamiento de las heridas y medidas preventivas en las áreas de Terapia Intensiva, Hospitalización y Emergencia realizando una encuesta a los usuarios internos y entrevista a profesionales destacados.

Medir los costos de estancia hospitalaria en relación a las heridas crónicas en las áreas de Hospitalización, Emergencia, Terapia Intensiva en el Hospital General HOSNAG retrospectivamente de mayo 2016 a mayo 2017 mediante revisión de historias clínicas para diseñar cuadros estadísticos.

Elaborar una propuesta para la creación del Servicio de Clínica de Heridas, tomando en consideración los resultados de la investigación y el modelo de otras instituciones sanitarias que ya cuentan con este servicio.

Capítulo I. Marco Teórico Conceptual

Antecedentes

Según los restos Neandertal hallados en el Valle de Dussel en el país de Alemania hace 60,000 años Antes de Cristo (A.C.) las curaciones de las heridas como las quemaduras utilizaban hierbas medicinales mientras que los egipcios ya combinaban las hierbas con productos como mirra, la goma, el aceite caliente y las resinas de árboles, en forma de preparado farmacéutico de uso tópico, sólido, moldeable y adhesivo a la piel, además de esto tomaban medidas básicas importantes como lavar, cubrir e inmovilizar (Jiménez, 2008).

En la historia napoleónica, el médico cirujano Dominique-Jean Larrey impulsó la sanidad moderna, en aquellos tiempos es quien crea los primeros sistemas de ambulancia y curación limpia con tela y en la Guerra de Crimea en 1859 la enfermera Florence Nightingale marcó un punto importante en los cuidados higiénicos de los soldados y publicó su libro *Notes on Nursing*, el cual decía “Si un paciente tiene frío o fiebre, o está mareado, o tiene una escara, la culpa generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería”(Verdú & Perdomo, 2011, p. 7).

Más de 140 países han tomado decisiones para garantizar la seguridad del paciente y brindar una atención de calidad a partir del parlamento Internacional de la Salud en el 2002 cuando los países miembros miran sobre la importancia de la seguridad del paciente y se inicia la seguridad del paciente en el 2004 con el Programa de Seguridad del Paciente de la OMS entre los puntos importantes está la prevención de úlceras por presión y prevención de infecciones quirúrgicas (OMS, 2012). La máxima autoridad sanitaria en el Ecuador es el MSP, de acuerdo al Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos, hace referencia a la atención de calidad garantizando una salud plena integral que priorice la promoción de salud y prevención de enfermedades en toda la Red Pública Integral de Salud (MSP, 2016, p.7)

En el país se hace grandes esfuerzos sobre el tema de las heridas crónicas de forma independiente para brindar una calidad de vida a los pacientes con estas patologías, pero no se ha logrado implementar estrategias hacia este tema específico, siendo una problemática sanitaria que afecta el diario vivir de los pacientes con heridas como: úlceras por presión, pie diabético, heridas infectadas, úlceras varicosas, ostomías, irritaciones de la piel.

La Sociedad Iberoamericana de Úlceras y Heridas (SILAUHE) en la Declaración del Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión consideró como Derecho Universal que “Las úlceras por presión son un grave problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo, deteriorando su salud, su calidad de vida, y que pueden conducir a la discapacidad y a la muerte” (SILAUHE, 2011, p. 1); así como también dentro del conocimiento científico actual demuestra que el 90% de las úlceras por presión son prevenibles y gracias a estas acciones se puede reducir costos y problemas legales hacia el personal sanitario.

Según Gómez, et al. (2013) en un estudio denominado *Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas*; refiere que, las heridas afectan a toda la población independiente de su edad y necesitan de diferentes tratamientos para asegurar un cuidado óptimo. En ese estudio realizó una investigación transversal en base a encuesta con un total de 26 ítems a nivel Nacional de España dirigida a profesionales de enfermería durante el periodo septiembre 2011 y enero 2012 en Hospitales y Centros de Salud. Los resultados fueron en cuanto a su formación recibida en el cuidado y tratamiento de heridas se demostró que el 92,1% de enfermeras han tomado cursos sobre el cuidado y tratamiento de las heridas y más del 80% de los casos es presencialmente con mayor atención al tratamiento y abordaje de la herida en general, control de la infección y prevención de lesiones; pero la formación particular no regulada constituye el 50% en compañías como ConvaTec (34,4%), Coloplast (26,5%), Smith & Nephew (20,1%) y Mölnlycke (14,3%).

Uno de cada tres profesionales de enfermería cree que la formación a nivel mundial es incompleta. Otro método de capacitación es a través de revistas especializadas, congresos científicos, jornadas e internet, a pesar que el personal de hospitalización cuenta con mayores porcentajes de capacitaciones recibidas.

Teorías de la Administración

En 1916 Henry Fayol fue el mayor exponente en la administración clásica con la participación de Oliver Sheldon, James D. Mooney, con el principal enfoque de incrementar la eficiencia en las organizaciones a su vez en los departamentos y su relación entre sí, se fundamenta esta teoría en los siguientes aspectos: (a) autoridad y responsabilidad, (b) centralización, (c) división del trabajo, (d) jerarquía, (e) unidad de dirección y (f) unidad de mando. Presenció los hechos al realizar experiencias y extraer reglas, por lo cual desarrolló un modelo administrativo para su época en donde se estableció que el proceso administrativo se basa en planear, organizar, coordinar, dirigir y controlar (Hernández, 2011).

Según Ramió (2016) en 1930 se origina la teoría de las relaciones humanas elaborada por Elton Mayo y sus compañeros Mery Perker Follet, Abraham Maslow y Douglas Mc Gregor en los Estados Unidos. Su objetivo fue modificar el modelo mecánico de las organizaciones para involucrar los sentimientos, actitudes, y otros aspectos de los trabajadores con el fin de alcanzar una eficiencia en la producción de la empresa con un buen clima laboral. Mary Parker Follet se preocupó por el lado humano de la administración, sostenía que la administración debe permitir la participación y el ejercicio de la iniciativa de los empleados como: participar en el análisis de sus puestos, la autoridad debe ir de la mano del conocimiento y los equipos autodirigidos, equipos multidisciplinarios y facultamiento.

En 1946, aparece Peter Drucker; sus obras cubren más de 30 libros, una de las principales obras se denomina *Concept of the Corporation*, dejando claro que no hay negocios sin un cliente. Se enfoca en prevalecer a las personas tratándoles como recursos y

no como costos sobre el capital; en aquel tiempo la administración se basaba en orientar, dirigir, y controlar las actividades de una organización para lograr el objetivo común (Ramió, 2016).

Conceptos Administrativos

Análisis FODA: “Es una herramienta sencilla pero poderosa para ponderar las fortalezas y debilidades de los recursos de una empresa, sus oportunidades comerciales y las amenazas externas a su bienestar futuro” (Thompson, Peteraf, Gamble, & Strickland, 2012, p. 101).

Análisis FODA matemático: Es una herramienta que consiste en reducir la subjetividad de la información de la matriz de la FODA tradicional mediante algoritmos y métodos matemáticos para identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que pueden influir en la empresa, estas variables externas e internas soportan análisis cualitativos y evaluaciones gráficas en el espacio cartesiano bidimensional para desarrollar estudios de sensibilidad (Lazzari & Maeschalck, 2012).

Análisis macroambiente: En ocasiones se denomina como análisis PESTAL y “es una herramienta que engloba el amplio contexto ambiental en que se ubica la industria de una compañía” (Thompson et al., 2012, p. 50). Todas las empresas se encuentran bajo un ambiente mayor al que operan en una industria, entre estos siete componentes se encuentran: aspectos demográficos, fuerzas sociales, factores políticos, legales y regulatorios, ambiente natural, factores tecnológicos, factores globales y condiciones económicas generales.

Aspectos demográficos: En este aspecto se mide las tasas de crecimiento de la población, su distribución por edades, distribución geográfica, así como mide las tendencias de estos factores. Este punto es importante en la salud debido a que los costos y las necesidades varían de acuerdo a los factores demográficos de una población (Thompson et al., 2012).

Fuerzas sociales: “Las fuerzas sociales son los valores, actitudes, factores culturales y estilos de vida de la sociedad que impactan a los negocios” (Thompson et al., 2012, p. 50). Esta fuerza varía de acuerdo a las situaciones que involucran con el estilo de vida de las personas, y su comportamiento de un país o una región.

Factores políticos, legales y regulatorios: Son las acciones políticas, leyes y normas que se mantengan en vigencia y fomentan el accionar de la empresa como leyes laborales, Ley orgánica de salud, Acuerdos Ministeriales entre otros (Thompson et al., 2012, p. 50).

Ambiente natural: “Son las fuerzas ecológicas y ambientales como el clima y el cambio climático y factores asociados como la escasez de agua. Estos factores tienen un impacto directo en industrias como los seguros, la agricultura, la producción de electricidad” (Thompson et al., 2012, p. 50).

Factores tecnológicos: “Son los avances técnicos y tecnológicos que tienen efectos en la sociedad, como la ingeniería genética, la popularización de internet y los cambios en las tecnologías de comunicación. Incluyen actividades de instituciones que intervienen en la creación de nuevo conocimiento” (Thompson et al., 2012, p. 50).

Fuerzas globales: “Son las condiciones y cambios en los mercados globales, como sucesos políticos y políticas hacia el comercio internacional. También incluyen prácticas socioculturales y el ambiente institucional en que operan los mercados globales ” (Thompson et al., 2012, p. 50).

Condiciones económicas generales: “Son los factores económicos en los ámbitos nacional o internacional que afectan a empresas e industrias, como tasas de crecimiento económico, de desempleo, de inflación y de interés, déficits, tasas de ahorro y producto interno per cápita, mercados de acciones” (Thompson et al., 2012, p. 50).

La cadena de valor de la empresa: La cadena de valor de una empresa es una herramienta estratégica usada para analizar las actividades de una organización y así

identificar sus fuentes de ventaja competitiva. Es importante debido a que permite identificar donde existe un problema en la producción del producto o servicio (Porter, 2017).

La cadena de valor de la industria: Se refiere al análisis de la economía de una industria, partiendo desde los proveedores y llegando hasta los clientes finales. Es importante para determinar qué parte del valor total producido por la Industria se queda en cada uno de los distintos negocios que forman la Cadena de Valor agregada, debido a que cada uno de los participantes de la industria desea apropiarse del mayor terreno (Porter, 2017).

Estancia Hospitalaria

Según Zonana, Baldenebro, Félix y Gutiérrez (2011) la estancia hospitalaria es un indicador de calidad que permite medir la permanencia del paciente en una cama hospitalaria en un periodo de tiempo. Esta contabilidad se la realiza a las 00:00, quiere decir que el paciente ha permanecido en el hospital por lo menos una noche y ha ingerido un almuerzo o merienda para ser considerado estancia mínima las salas de hemodiálisis u observación de emergencia no se considera estancia hospitalaria. La estancia media es a partir del segundo día de internación hasta los 8 días y la estancia prolongada es desde los 9 días en adelante. El médico hospitalista no reemplaza a los médicos de primera atención, a los cirujanos o a los especialistas, sino que se concentra en el manejo de los pacientes hospitalizados, desde su ingreso hasta su egreso (Wachter & Goldman, 1996, citado por Zonana et al., 2011).

Fórmula de cálculo: (fecha de alta médica – fecha de ingreso).

Este indicador permite verificar el aprovechamiento de la cama y la eficiencia de la atención médica, debido a esto la prolongación de estadía hospitalaria elevan los costos de atención así como también los riesgos de eventos relacionados a la seguridad del pacientes, tales como: neumonías, infecciones nosocomiales, trombosis venosa profunda, úlceras por presión entre otras. Existe menor disponibilidad de cama hospitalaria y por ende mayor saturación en los diferentes servicios en especial en las salas de emergencia y así la ausencia

de camas disponibles en las salas de hospitalización, esta realidad es común en el Ecuador debido a la alta demanda en las áreas de emergencia de los Hospitales públicos del país; por eso, es importante disminuir los factores que ocasionen el aumento en la estancia hospitalaria. La estancia hospitalaria causa una mala utilización de los recursos económicos como es alimentación, insumos, personal, uso de equipos entre otros. El 25 % de los servicios de salud pueden ser mal utilizados y causando daños a la salud de los pacientes en un 10% a 15 % de los pacientes con estancia prolongada (Wounds International, 2014, p. 1).

Costo efectividad: Se da entender que un producto es efectivo en relación a su costo. En el caso de la salud se observa que el producto son los beneficios clínicos a un costo razonable y el ahorro del recurso puede ser utilizado en otra cosa. (Wounds International, 2014).

Tipos de costos: Los que incurren directamente en el sistema de salud o el paciente a causa de su enfermedad se denominan costos directos. Los costos indirectos no son tan visibles pero incluye pérdidas para la sociedad provocadas por la enfermedad. En la tabla uno se representa los costos directos e indirectos.

Tabla 1
Ejemplos de costes directos e indirectos en el tratamiento de heridas

Costos directos	Costos indirectos
<ul style="list-style-type: none"> • Métodos para diagnosticar. • Gasas, esparadrapos, vendas y medicación. • Jornada laboral del personal de salud • Servicios administrativos, electricidad, agua, limpieza, mantenimiento, etc.). • Movilización de pacientes a otros servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de ingresos salariales de los pacientes por dedicar al cuidado de las heridas así como también estudios. • Disminución de actividades en el hogar como son limpieza, jardinería entre otros que generan gastos al paciente para contratar estos servicios • Prestaciones por seguros e instituciones públicas para el cobro de los gastos.

Nota. Tomado de “Consenso Internacional: La importancia de un tratamiento eficiente de heridas”, por Wounds International, 2014. Recuperado de <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/La-importancia-de-un-tratamiento-eficiente-de-heridas.pdf>

Debido a esto, para las instituciones sanitarias es importante la reducción de estancia hospitalaria y aumentar la rotación de cama pacientes sin afectar la calidad de atención. Los

hospitales que logran disminuir los días de estancia hospitalaria permiten aumentar su rotación cama-día y les permite obtener mayores ingresos. En la tabla dos se presentan la ganancia efectiva.

Tabla 2

Ganancia efectiva de camas a partir de la reducción de la duración de la estancia hospitalaria

Duración de la internación reducción (días)	Número de camas				
	200 camas	300 camas	400 camas	500 camas	600 camas
0.25 días	8	12	16	20	25
0.50 días	16	25	33	41	49
0.75 días	25	37	49	61	74
1.00 día	33	49	65	82	98
1.25 día	41	61	82	102	123
1.50 día	49	74	98	123	147

Nota. Tomado de “Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención”, por T. Ceballos, P. Velásquez y J. Jaén, 2014, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), pp. 274-295.

Herida: Según Lazarus et al.(1994) citado por Jiménez(2008) define a las heridas como “toda disrupcion de estructuras anatòmicas y funcionales normales” (p. 149) esto puede ser ocasionada por un traumatismo que agrede a ese tejido por lo cual existe un riesgo de infección, con el riesgo de lesiones a organos o tejidos adyacentes como son musculos, nerviso vasos sanguineos.

Heridas agudas: El periodo de evolución clínica para su correcta cicatrización es menor a 30 días siguiendo los procesos de reparación de forma ordenada hasta completar su integridad cutánea anatómica y funcional entre estas las heridas por procedimientos quirúrgicos o alguna lesión superficial de la piel por traumatismo sin que llegue a la contaminación de dicha herida (Jiménez, 2008).

Heridas crónicas: El período de evolución clínica es mayor a 30 días. Debido a esto se considera que no existió una reparación normal y se detuvo en una fase de cicatrización y no completo su integridad cutánea, la funcionabilidad de este órgano dentro de esta categoría

están las úlceras por presión, úlceras venosas profunda por lo general en miembros inferiores o heridas infectadas (Jiménez, 2008).

Otra clasificación de las heridas es de acuerdo a (a) la complejidad, que se basa en el grado de tratamiento para su pronta recuperación; (b) forma, es decir la representación en la zona del cuerpo; (c) etiología, especifica su origen para causar la herida; (d) grado de contaminación, hace referencia al estado de infección que presenta estas heridas. En la tabla tres se presentan la clasificación de las heridas

Tabla 3

Clasificación en función de la complejidad, etiología, forma y contaminación de la herida

Complejidad	Forma	Etiología	Contaminación
Longitudinales	Lineales	Punzantes	Limpias
Transversas	Curvas	Incisas	Limpias-contaminadas
Oblicuas	En colgajo	Contusas	Contaminadas
Espiro ideas	Estrelladas	Por arma de fuego	Sucias- infectadas
Simplees: epidérmicas, arañazos, desolladuras	Con pérdida de sustancia Arrancamiento	Por arma blanca Por aplastamiento Por asta de toro	
Complejas: penetrantes, perforantes, empalamientos	Amputación	Por agente químico Por agente térmico Por mordedura	

Nota. Tomado de “Abordaje de enfermería en heridas de urgencias”, por R. García, M. Gago, S. Chumilla y V. Gaztelu, 2013, *Gerokomos*, 24(3), doi <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300007>. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300007

Quemaduras: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son lesiones de la piel u otro órgano causada por diferentes factores como puede ser: (a) electricidad, como descargas eléctricas de corriente, descargas de la atmosfera o la industria; (b) químicas, sustancias como ácidos que laceran la piel; (c) radioactivas como son radiaciones ultravioletas, radiaciones ionizantes; (d) térmicas, liquido caliente o exposición directa al fuego así como también exposición directa al frio puede ocasionar una quemadura; y (e) la fricción de la piel(OMS, 2016).

Clasificación de las quemaduras de acuerdo a su complejidad.

Quemaduras de primer grado: Son lesiones que afectan a la primera capa de la piel que es la epidermis causando dolor, ardor, enrojecimiento, estas lesiones son más fáciles de tratar pero si no se realiza con vigilancia pueden existir complicaciones. (OMS, 2016)

Quemaduras de segundo grado: Son las lesiones que afectan a la epidermis, dermis, hipodermis evidenciándose en forma de ampollas, dolor e inflamación. (OMS, 2016)

Quemaduras de tercer grado: Se atribuye a las heridas que afectan las capas profundas de la piel hasta llegar al músculo y pueden ser identificadas por un adormecimiento del sitio afecto con un color oscuro o blanquecino. (OMS, 2016)

Úlcera por presión: Es la destrucción de la piel y los tejidos que ocurren cuando se restringe la irrigación sanguínea originada por un proceso isquémico producido por la presión, la fricción, el cizallamiento y la fuerza externa de oclusión vascular o la combinación de los mismos propiciada por múltiples factores de riesgos extrínsecos, intrínsecos o una combinación de ambos.

Clasificación de úlceras por presión de acuerdo al estadio

Estadio I: Se aprecia una piel con eritema cutáneo se puede presentar al presionar con los dedos una palidez de la piel o tonos azulados, rojizos. (Allué, Ballabriga, Sierra, Gallego, García, & Moya, 2013)

Estadio II: Es la pérdida del espesor de la piel afectando a la epidermis, dermis hipodermis se puede observar ampollas. (Allué, Ballabriga, Sierra, Gallego, García, & Moya, 2013)

Estadio III: Pérdida total del grosor de la integridad cutánea hasta el tejido subcutáneo con necrosis del sitio afecto. (Allué, Ballabriga, Sierra, Gallego, García, & Moya, 2013)

Estadio IV: Es la ausencia del espesor de la piel así como el tejido subcutáneo, músculo, hueso, tendones con necrosis. (Allué, Ballabriga, Sierra, Gallego, García, & Moya, 2013)

Factores generales

La edad: Los adultos mayores suelen poseer su epidermis más deteriorada por el envejecimiento de las células debido a factores nutricionales, circulatorios y la hidratación inadecuada de esta manera disminuye su resistencia a lesiones (García et al., 2013). En el caso de los neonatos y lactantes menores a pesar que cuenta con un adecuado esquema nutricional, circulatorio e hidratación su sistema tegumentario se encuentra en período de crecimiento siendo un factor importante en sufrir algún tipo de trauma en la piel.

El estado nutricional: Según García et al.(2013) “El inadecuado enriquecimiento de proteínas evita la vascularización, la creación de linfáticos, la diseminación de fibroblastos, la síntesis de colágeno y la regeneración de la úlcera” (p. 135). Las proteínas son la base fundamental en el periodo de cicatrización en especial en el crecimiento del nuevo tejido debido a esto la ausencia de estas proteínas que los encontramos en diferentes alimentos como son: la carne, huevo, soya, retrasan a la cicatrización. La vitamina C interviene en la creación de colágeno en las fases de la curación y por ende la ausencia de vitamina K puede ocasionar una hemorragia y dificulta para el tratamiento de esta patología, otra vitamina importante es el complejo B que ayuda al metabolismo de la proteína, carbohidratos y grasas (García et al., 2013).

Enfermedades de base: Existen diversas enfermedades que pueden causar dificultad en la cicatrización pero las principales están: (a) las autoinmunes donde los pacientes suelen mantener su sistema inmunológico debilitado y son propensos adquirir cualquier tipo de infección, entre estas están las anemias que sus niveles de hematocrito y hemoglobina son bajos lo cual impiden el transporte de nutrientes a la célula epitelial; (b) enfermedades con insuficiencia vascular, este tipo de patologías suelen tener deteriorado los vasos sanguíneos en especial en los miembros inferiores donde desarrollan heridas vasculares; los pacientes

con diabetes, tienen el mayor riesgo de sufrir un retraso en la cicatrización debido a que su sistema inmunológico y los vasos sanguíneos se encuentra con altos niveles de azúcar que impiden la cicatrización evitando el adecuado fluido de nutrientes hacia el tejido afecto, las personas con diabetes suelen tener alterado su sistema nervioso periférico disminuyendo la capacidad de receptor el dolor lo cual es un síntoma que puede alertar para su intervención oportuna. En la tabla 4 se presentan los factores que afectan a la cicatrización.

Tabla 4

Factores Generales que Afectan al Proceso de Cicatrización

Edad avanzada	Alteraciones nutricionales
<ul style="list-style-type: none"> • Menor capacidad de reproducción celular Disminución de las fibras de colágeno y elásticas • Menor sensibilidad • Depresión del sistema inmunitario <p><i>Permite el retraso en el proceso de cicatrización.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoproteinemia • Hipovitaminosis • Obesidad o extrema delgadez • Deshidratación • Déficit de oligoelementos <p><i>Disminuye la formación de nuevos tejidos.</i></p>
Fármacos:	Enfermedades concomitantes:
<ul style="list-style-type: none"> • Citotóxicos • Inmunosupresores • Corticoides • AINES • Antiagregantes • Vasoactivos <p><i>Disminuye la capacidad de reproducción tisular.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del aparato locomotor • Alteraciones renales • Alteraciones vasculares (Venas varicosas) • Alteraciones inmunológicas • Alteraciones metabólicas(Diabetes) • Hábitos tóxicos <p><i>Disminuye la aportación de oxígeno y aumenta el riesgo de infección.</i></p>

Nota. Tomado de “Heridas crónicas: un abordaje integral”, por M. Allué, M. Ballabriga, C. Sierra, L. Gallego, A. García y M. Moya, 2013, editado por el Colegio de Enfermería de Huesca. Recuperado de <http://www.codem.es/guias/heridas-cronicas-un-abordaje-integral>.

Los factores que afectan a la cicatrización de la herida son:(a) la edad avanzada, (b) alteración nutricional, (c) fármacos y (d) las enfermedades concomitantes dentro de las principales está la Diabetes y las venas varicosas debido a su poco aporte de oxígeno a los tejidos.

Causas locales: Estas causas intervienen estrechamente en las características de las heridas como es el caso de la oxigenación de la zona, cualquier elemento que no permita la circulación de la sangre hace más vulnerable a una infección oportunista o alguna lesión como es el caso de las úlceras por presión que no tienen una adecuada circulación y se da lugar a la herida o los vendajes apretados suelen producir hematomas y la destrucción de sistema tegumentario(Garcia et al, 2013) .La falta de oxígeno es una de las causas del retraso de la curación; por este antecedente, muchas instituciones han planteado como método de tratamiento la hiperoxigenación con unidades de Cámara Hiperbárica que aumenta los niveles de oxigenación en la lesión.

Cuerpos extraños como madera, vidrio, espinas son una causa de proliferación de la infección e impiden el proceso adecuado de la cicatrización; de este modo también, se da hincapié a la movilidad de los tejidos quiere decir en mantener inmóvil los primeros días del proceso de recuperación para que los bordes no se vean afectados en la destrucción del tejido sano a causa de la movilidad del miembro afecto por eso es importante mantener un reposo absoluto.

Según Garcia et al. (2013), “el tejido muy vascularizado está menos expuesto a infecciones que el que está irrigado por una circulación más limitada” (p. 133) es decir que depende también del tejido donde ocurra la lesión como es el caso de la cabeza siendo una región muy vascularizada y con mejor tiempo de cicatrización. El edema, la radioterapia son factores locales que disminuye el proceso de recuperación del sistema tegumentario .Una de las causas que disminuyen el proceso de cicatrización son las curaciones repetidas, estas perjudican al proceso de cicatrización ocasionado por la remoción de mucho tejido sano debido a esto es recomendable valorar las heridas y su periodo de cicatrización para actuar en el sitio y los intervalos de curación.

Cicatrización

Según Singer y Clark (1999), explican que la cicatrización es un proceso dinámico mediado por proteínas solubles, *citoquina* y *factores de crecimiento*, y células encargadas de la proliferación celular para el restablecimiento del tejido lesionado.

Tipos de cicatrización.

En la actualidad existen dos tipos de cicatrización: primera intención, es denominada así cuando ocurre dentro de las 12 a 24 horas después de haber aproximado sus bordes con diferentes tipo de suturas o algún dispositivo mecánico para alcanzar este objetivo; segunda intención, el periodo de tiempo depende del tipo de la extensión de la herida en este tipo de cicatrización no se logra restablecer la arquitectura normal de la piel ocasionado por una lesión que comprometió una gran extensión de la piel (Enoch & Leaper, 2007; citado por Valencia, 2010).

Fases de la cicatrización.

Fase de coagulación: Es la primera etapa de la cicatrización después de presentarse la lesión con un tiempo aproximado de 15 minutos gracias a este proceso evita la pérdida excesiva de fluido sanguíneo mediante la formación del coágulo para proteger el sistema vascular. Este coagulo tiene dos funciones importantes como: activación celular, mediación y andamiaje para las células (Guarín, Quiroga, & Landinez, 2013). La figura uno representa las fases de coagulación

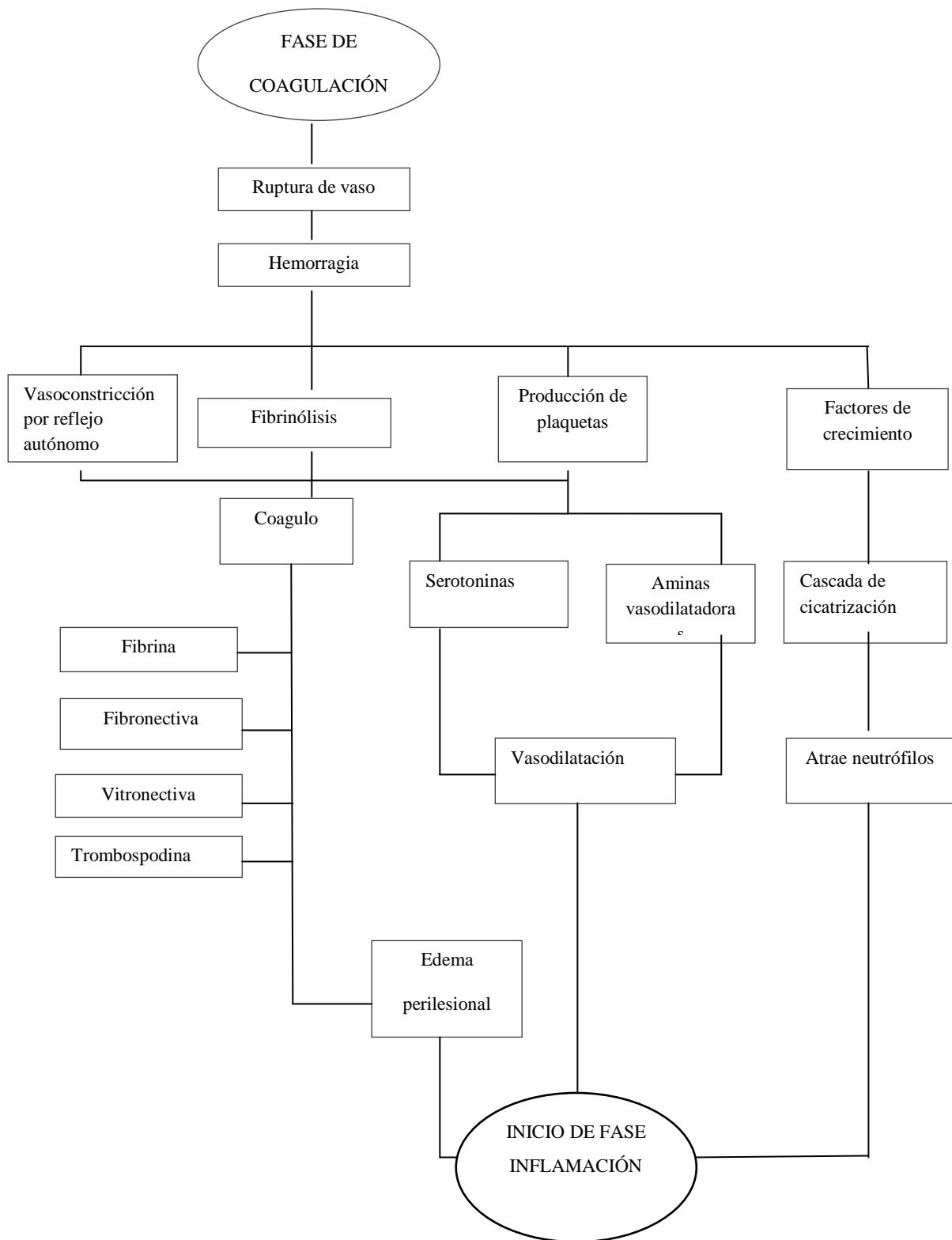


Figura 1. Fase de coagulación. Tomado de “Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas”, por C. Guarín, P. Quiroga, N. Landinez, 2013, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 61(4), pp. 441-448.

Fase de inflamación: Desde el minuto 16 inicia esta fase hasta seis días dependiendo el tipo de herida como se manifieste, se caracteriza porque intervienen en la protección para ciertos microorganismo o agentes que causen algún daño al sistema tegumentario, es importante esta fase debido a que ciertos agentes pueden retrasar esta fase y su recuperación es muy prolongada para que se dé inicio al tejido nuevo y sano (Velnar, Baley, & Smrkolj, 2009; citado por Guarín et al., 2013). La figura dos representa la fase de la inflamación

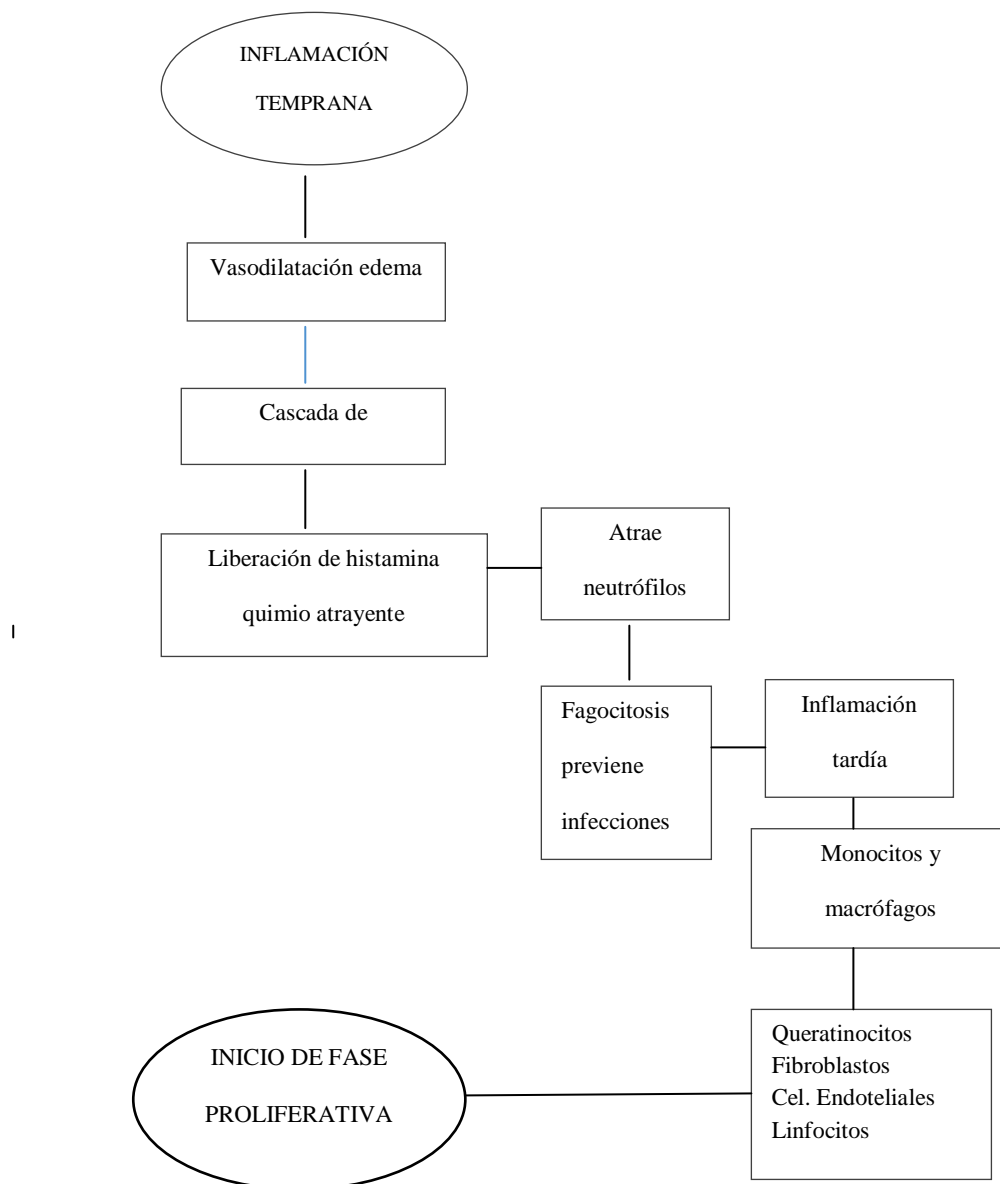


Figura 2. Fase de inflamación. Tomado de “Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas”, por C. Guarín, P. Quiroga, N. Landinez, 2013, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 61(4), pp. 441-448.

Fase de proliferación: Después del tercer día hasta aproximadamente 15 a 20 días se da inicio a la tercera fase de la cicatrización, permitiendo la generación de una barrera protectora para evitar el ingreso de agentes dañinos al tejido en proceso de rehabilitación, es aquí donde se desarrollan dos grandes procesos: angiogénesis, es el proceso fisiológico que consiste en la formación de vasos sanguíneos nuevos a partir de los vasos preexistentes; migración de fibroblastos, es donde se produce la nueva matriz extracelular y en ella, los fibroblastos responden de manera favorable a los estímulos mecánicos e incrementan la síntesis de colágeno, elastina, proteoglicanos y factores de crecimiento (Velnar, et al., 2009; citado por Guarín et al., 2013).

Fase de maduración: La cuarta fase de la cicatrización puede durar entre uno o dos años dependiendo de la longitud y profundidad de la herida, a pesar que esta fase en algunos casos ya se da inicio simultáneamente con la síntesis de la matriz extracelular en la fase de proliferación, para desarrollar la cicatriz con las características de su forma, organización y su resistencia cutánea gracias a al accionar de los miofibroblastos y colágeno (Velnar, et al., 2009; citado por Guarín et al., 2013. La figura tres demuestra el desarrollo de la fase de maduración.

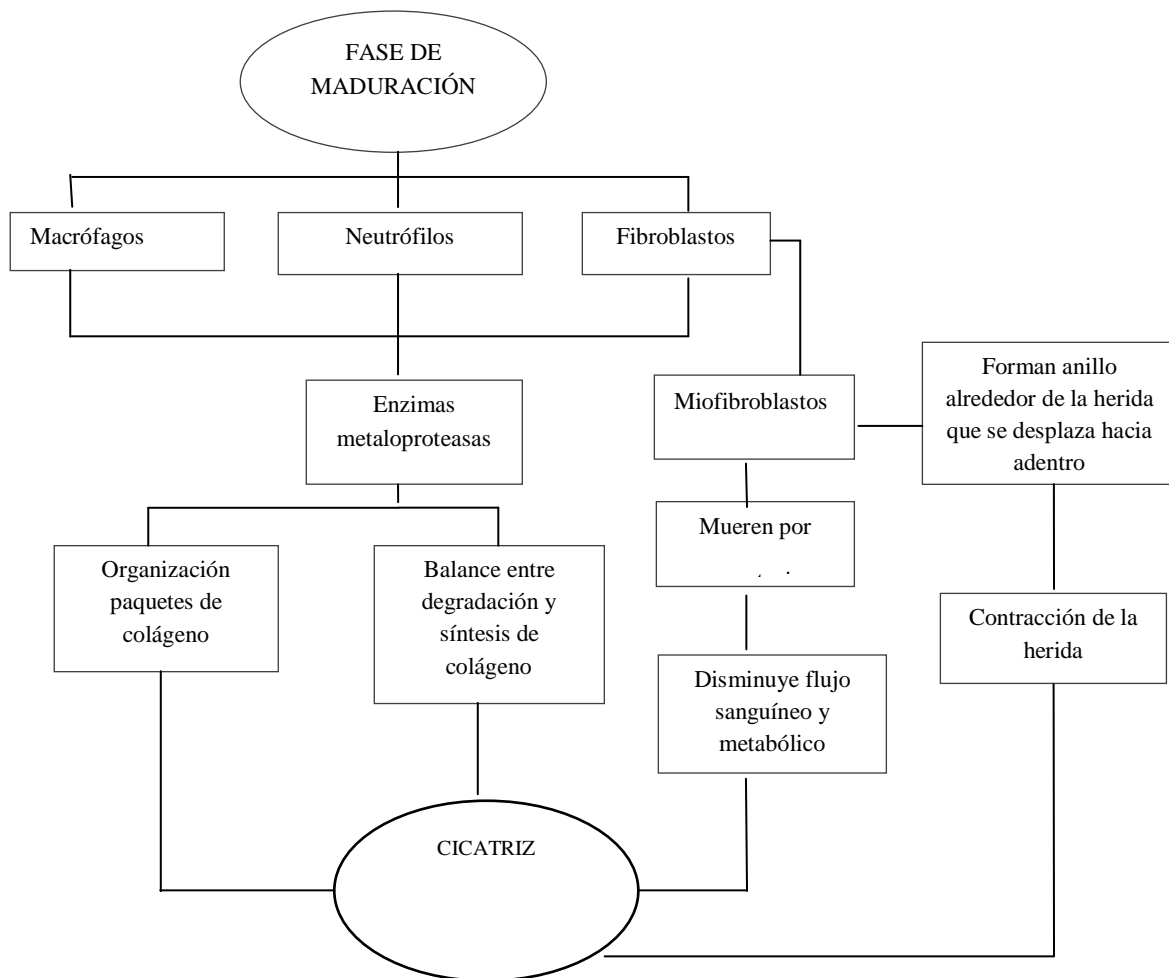


Figura 3. Fase de maduración. Tomado de “Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas”, por C. Guarín, P. Quiroga, N. Landinez, 2013, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 61(4), pp. 441-448.

De esta manera se identifican las fases de la cicatrización de las heridas, cuando se detiene este proceso en alguna etapa puede causar un retraso en la recuperación, dando lugar a complicaciones en ellas, como es el caso de las úlceras por pie diabético, quemaduras contaminadas, abdomen abierto, úlceras por presión, entre otras. Es aquí la importancia de saber identificar las fases para determinar donde se debe de actuar con el profesionalismo y los medios adecuados para la pronta reparación del sistema tegumentario.

Curación

La evidencia al tratamiento de las heridas permite aplicar la tecnología en la curación de las heridas con diferentes fármacos, apósitos, dispositivos, unidades especializadas con el fin de brindar una vida cómoda al paciente, reducir el periodo de tiempo en la recuperación,

disminuir los costos de tratamiento y un mayor confort al personal sanitario. Muchos de los estudios han demostrado que existe un mayor ahorro económico tanto para el hospital como para el usuario con un tratamiento avanzado esto ha permitido en países desarrollados optar por la curación avanzada, por lo cual han desarrollado protocolos para su correcta curación de las heridas.

Según Jimenez (2008) define a la curación como “el conjunto de técnicas que favorecen la aparición de cicatrización en una herida, hasta lograr su cierre” (p. 148); el restablecimiento de la integridad cutánea depende de muchos factores: extrínsecos, como es la edad, el estado nutricional, enfermedades de base; intrínsecos, forma, profundidad, exudado, herida infectada entre otros.

Tipos de curaciones.

Curación convencional o tradicional: “Es aquella que se realiza en ambiente seco, utiliza apósitos pasivos, usa tópicos (antisépticos, antimicrobianos, otros) y es de frecuencia diaria o mayor” (Andrades et al, 2004, p. 398). Por lo general se realiza en países no desarrollados debido a los altos costos de los productos, el personal sanitario se basa en lo empírico y no en lo científico, utilizan gasas, algodón y apósitos, estos son insumos que producen dolor, infecciones e incomodidad para el paciente.

Curación Avanzada: Se basa en el principio del ambiente húmedo, utilizando apósitos de alta tecnología que favorecen la cicatrización al estimular el microambiente de la herida (Andrades et al, 2004). El intervalo de cada curación por lo general es de cuatro a seis días y utilizan productos activos dependiendo del estadio de la herida para brindar un lugar húmedo natural ofreciendo comodidad al paciente y al personal que lo trata.

Apósitos

Es el conjunto de insumos que se utiliza para beneficiar la cicatrización, durante el tiempo se ha clasificado los apósitos de acuerdo a su ubicación: primarios, estos actúan

directamente en la herida con su principio activo; secundario, el sitio de acción es sobre el apósito primario con el fin de garantizar la absorción y proteger el apósito primario de agentes externos (Jiménez, 2008).

Otra clasificación es de acuerdo al modo de actuar. Los productos pasivos, son realizados a base de gasa tejida o prensada de origen natural se utiliza por lo general en la curación tradicional pero tiene muchas consecuencias al contacto directo con la herida como es, el aumento de infección debido a que presenta muchos residuos, evita la granulación de la herida realizando el desbridamiento mecánico, impiden la oxigenación, entre estos tenemos las gasas, apósitos tradicionales a base de gasa o gasa y algodón y las espumas la cual esta última tiene mayor grado de absorción y puede ser utilizada como apósito secundario si el exudado es menor a 48 horas.(Andrades et al., 2004).

Los productos activos son hechos a base de diferentes principios activos que actúan directamente con la herida y mantienen características a fin de proporcionar un ambiente húmedo, evitar la adherencia, prevenir infecciones debido a que son estériles y contienen antibiótico, permiten el debridamiento autolítico y no mecánico para evitar la destrucción del tejido granulado es decir estos apósitos interactúan con la herida y las curaciones con estos productos son en intervalos mas largos permitiendo la comodidad del paciente, evitando el dolor y olor (Jiménez, 2008).

Apósitos vaselinados: Son gasas de acetato de celulosa impregnadas con emulsión de petrolato sus indicaciones principales son: quemaduras, zonas donantes, laceraciones, heridas con bajo exudado. Cambios cada 7 días; debe tener apósito secundario para soporte y absorción. (González, Palacio, & Ruiz, 2011).

Apósitos transparentes: Su característica es por mantener una impermeabilidad con el agua y las bacterias ya que protegen contra estos agentes, y mantienen una permeabilidad con el oxígeno y dióxido de carbono, pueden ser adhesivos y no adhesivos son de muy utilidad en

el medio para protección de vías periféricas debido a que permite visualizar la condición de la herida, entre estas se tiene Tegaderm, Opsite, Bioclusive (Andrades, 2004; Jiménez, 2008).

Alginatos: Su principio activo es derivado de algas marinas con características absorbentes y actuando en la unión del sodio de la herida con los iones de calcio del apósito para transformar en el gel, permitiendo que se mantenga en un ambiente húmedo y mejore la fase de proliferación (Jiménez, 2008). Estos apósitos están contraindicada su utilidad en heridas secas porque puede deshidratar el ambiente de la herida, entre estas existen: Kaltostat, Curasorb, Algiderm, Nu-Derm.

Hidrogeles: Son geles que estan compuesto por polimeros con características humectantes y absorbetes su finalidad es relizar la debridación autolítica del material contaminado adherido a la herida (Andrades et al., 2004). Es importante recomendar que está contraindicado en heridas que contienen exudado abundante debido a las características del producto y se recomienda la curación cada 24 horas dependiendo el grado de infección que tenga la herida, entre estos se tiene: Duoderm gel, Tegagel, Nu-gel, Vigilon.

Hidrocoloide: Son apósitos activos que contienen carboximetilcelulosa, gelatina y pectinas que se caracterizan por intervenir en la epitelización del tejido a pesar que tiene poco accionar en el desbridamiento, no es recomendable utilizar en el exudado ni tampoco en heridas infectadas debido a que son muy oclusivos, entre estos apósitos se tiene: Duoderm, Tegasorb, Nu-Dermhidrocoloide (Andrades et al., 2004). Dentro de sus propiedades emiten un olor fétido y mucho personal que no conoce el uso de este producto puede pensar que se trata de una infección, su acción se presenta después de 24 horas y cuanta con la fortaleza de mantenerse adherido a la piel sin causar daño al tejido rehabilitado.

Espumas: Estos apósitos están compuestos por poliuretano, se caracterizan por no ser adherentes y ser permeables a gases, con gran capacidad en la absorción del exudado, se puede utilizar en heridas infectadas, y como protección al tejido en proceso de proliferación,

entre estos apósitos se tiene: Lyofoam, Allevyn, Curafoam, Biopatch, PermaFoam (Andrades et al, 2004; Jimenez, 2008)

Apósito de carbón y plata: Son a base de carbón y plata se presenta en forma de tela dentro de una funda de nailon porosa. Su capacidad es de bactericida, fungicida, antiinflamatoria, y controla el olor, actúa sobre microorganismo como son los staphylococcus aureos meticilino resistente, dentro de estos se tiene: Actisorb Plus, Atrauman Ag, Aquacel plata (González et al., 2011).

Otro tipo de apósitos con propiedades hidrófobas son: Sorbact, Cutisorb, tienen propiedades electroquímicas atrae y atrapa las bacterias en el apósito. El uso de las soluciones yodadas a bajas concentraciones (0,45%) en forma de cadexómero se utiliza en algunos tipos de apósitos como Iodosorb e Idoflex, con capacidad de absorción (Jiménez, 2008).

Apósitos de colágeno: Estos apósitos son en base de colágeno 90% y 10% alginato, se caracteriza en ayudar a la granulación en la fase de proliferación, es importante indicar que estos apósitos están contraindicados en heridas infectadas. Entre estos existen en el mercado Fybracol Plus, Arlingto (González et al., 2011).

Uso de antibiótico en el tratamiento de las heridas

Es necesario prevenir y tratar la infección de la herida de la manera más adecuada, siendo una de las causas que detienen el proceso de proliferación e inflamación de la cicatrización, para esto es importante contar con estudios como la medición de linfocitos, glóbulos blancos, resultados de muestras de cultivo y antibiograma ya que esto nos permitirá utilizar el mejor antibiótico de acuerdo al germen específico. Cabe señalar que el uso de antibióticos sin una evidencia puede causar un daño a la flora bacteriana de la piel y reduce el proceso de cicatrización.

Se puede utilizar antibióticos tópicos y sistémicos como son por vía oral y en el caso de pacientes hospitalizados vía intravenosa lo cual sería más eficiente en su tratamiento. La

solución salina al 0.9% y el agua corriente mediante chorro a presión es la mejor opción para limpiar la herida, debido a que no destruye el tejido granulado, no causa alergia o sensibilidad al paciente, es importante que estas soluciones se encuentren a temperatura de 37 grados centígrados debido a que no va a existir una vasoconstricción de los vasos y no altera la flora bacteriana del tejido. (García et al., 2013).

Técnicas avanzadas en el tratamiento de heridas.

Terapia negativa: El sistema de presión negativa o llamado comúnmente Vacuum Assisted Closure (VAC) que en español significa Cierre Asistido por Vacío, es una técnica de curación avanzada, no es invasivo pero interactúa con la herida gracias a la presión negativa, para esto es necesario utilizar espuma de poliuretano con función de reservorio y hermética en la herida, para luego conectar un tubo a una máquina de succión regulando la presión negativa de acuerdo al exudado de la herida, este sistema tiene la finalidad de drenar material purulento, cuerpos extraños, tejido desvitalizado. Estimula la mitosis, angiogénesis y por ende la granulación. Esta técnica puede ser utilizada en las siguientes heridas: (a) úlceras por presión, (b) pie diabético, (c) abdomen abierto, (d) fístulas intestinales entero-cutáneas, (e) heridas postquirúrgicas de columna. Está contraindicado en heridas con tejido necrótico (Aceves, Medina, & Jiménez, 2013).

Terapia de oxígeno hiperbárico: “El oxígeno es un elemento fundamental para el metabolismo celular. Es necesario tanto para la generación de adenosina trifosfato (ATP) en la cadena transportadora de electrones, como para la beta oxidación de ácidos grasos” (Berner, Vidal, Will, & Castillo, 2014).

La terapia de oxigenación hiperbárica consiste en exponer al paciente a presión de gas mientras inhala oxígeno puro. Esta terapia es más utilizada en síndromes de descompresión de buzos, pero las últimas décadas se ha demostrado que son muy beneficiosas en el tratamiento de las heridas debido a que estimula la angiogénesis, la síntesis de colágeno, la

migración de células madre y la respuesta inmune local, de esta manera acelera la cicatrización. (Berner et al., 2014). Es de gran utilidad en pacientes con las siguientes patologías pie diabético infectado, úlceras por presión, osteomielitis crónica refractaria, infecciones necrosantes de tejidos blandos, heridas secundarias a radioterapia. Está contraindicado en pacientes con antecedentes de neumotórax, valvulopatías, o la hipersusceptibilidad a los episodios convulsivos, infecciones de vías respiratorias altas, las dispepsias flatulentas, pacientes con hipertensión, mujeres embarazadas.

Versajet: Es una herramienta quirúrgica que se basa en la hidrocirugía la cual consiste en emitir un chorro a presión sobre la herida y aspira el tejido desvitalizado al mismo tiempo, sin causar un daño, es un tipo de desbridamiento mecánico menos invasivo que el quirúrgico, Se utiliza en heridas como: úlceras por presión, pie diabético, quemaduras infectadas entre otras.

Clínica de Heridas

Es un servicio administrado por personal de enfermería que brinda una atención integral y de calidad a pacientes hospitalizados y ambulatorios que padecen de heridas agudas y crónicas basadas en la curación avanzada bajo el ambiente húmedo y la prevención de las mismas, con un equipo multidisciplinario de profesionales como son el personal de enfermería, nutricionista, infectólogo, fisioterapeuta, cirujano vascular y cirujano plástico.

Según la SILAHUE (2011), considera que las úlceras por presión son un grave problema de salud pública a nivel mundial, elevan los costos, implica la ética profesional y legal estableciendo que estas heridas son prevenibles en un 95% debido a estos antecedentes la sociedad indica la necesidad de implementar políticas decididas y orientadas a la prevención, asegurar un acceso universal y equitativo, garantizar criterios de calidad con evidencia científica, promover investigaciones en el desarrollo y la innovación, promover la creación de unidades especializadas, *Clínica de heridas*, para brindar la atención integral a las personas y

fortalecer el liderazgo de la enfermería en el cuidado de estas personas por ser los profesionales que tienen la formación más idónea.

Según Crumbley, Ice, & Cassidy (1999) en el Hospital Naval de Charleston la clínica ambulatoria administrada por enfermería ha sido exitosa en el cuidado de las heridas. Se basa en los cuidados de pacientes con heridas crónicas y complejas, implementando la planificación, provisión de servicios de enfermería como es la educación y derivación. En la literatura y en el Hospital Naval de Charleston se ha demostrado que la práctica de enfermería en este campo ha significado disminución de costos y una mejor calidad de atención.

La clínica de herida se basa en contar con un personal altamente calificado, único y exclusivo en el tratamiento de heridas para dar su servicio a los usuarios, hospitales y empresas que ameriten este servicio. En la práctica antigua se basaba en la protección de la herida y dejar que la naturaleza haga su trabajo pero en la actualidad existen diferentes métodos para ayudar a beneficiar a la cicatrización.

La implementación de clínica de heridas en los hospitales permite un avance en la estructura de la atención para cumplir con los objetivos que tiene este servicio que son:

- (a) Asegurar que todos los usuarios tengan un acceso a los servicios de clínica de herida.
- (b) Mejorar los procesos de atención a las heridas tecnología y avances científico.
- (c) Rehabilitar a los pacientes para integrarlos a la sociedad en su rutina diaria.
- (d) Prevenir el desarrollo de lesiones en el hospital con el fin de evitar estancias prolongadas a causa de estas patologías.

Muchos autores indican la necesidad de implementar tratamientos estandarizados con planes de referencia en conjunto con el resto del equipo multidisciplinario cabe señalar la importancia de la capacitación del profesional especializado a fin de cumplir un rol

asistencial, administrativo, docente y de investigación a cabalidad en la institución relacionado a las heridas.

La Secretaría de Salud de México(2017)implementó como política de estado los lineamientos para la implementación y estandarización de las Clínicas de Heridas con la finalidad que todos los establecimientos de salud que brinden atención hospitalaria tengan la obligación de contar con un servicio que brinde atención a pacientes con heridas lo cual es beneficioso no solo en el tratamiento si no tambien en la prevención de estas adolencias y mejorar su calidad de atención a nivel nacional.

Marco legal

Las heridas tratadas en toda institución de salud dentro del Estado ecuatoriano se rigen bajo las normativas, leyes civiles y militares, las cuales tienen relación directa con la salud en los siguientes estatutos:

El Art. 32 de la Constitución Política del Ecuador, expresa textualmente que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008, p. 29).

Art. 146. Código Orgánico Integral Penal (COIP), define al homicidio culposo por mala práctica profesional. “La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionado con pena privativa de libertad de uno a tres años” (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014, p. 70).

Será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas. Para la determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado deberá concurrir lo siguiente:

1. La mera producción del resultado no configura infracción al deber objetivo de cuidado.
2. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o lexartis aplicables a la profesión.
3. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas.
4. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad del hecho.

El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014).

El Art 4. Ley Orgánica de Salud, señala que

La salud es un derecho que garantiza el Estado. El ejercicio pleno del derecho a la salud consiste en el acceso en igualdad de oportunidades a una atención integral, mediante servicios de salud que respondan de manera oportuna y con calidad a las necesidades y demandas de la población en los diferentes niveles del sistema de salud, así como de acciones en otros ámbitos del área social que protejan la salud colectiva. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales (Asamblea Nacional, 2012, p. 17).

El Art.14.deLey Orgánica de la Salud establece “la importancia de regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

En el Art.10 de la Ley Orgánica de la Salud dispone que:

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos(Asamblea Nacional, 2012, p. 6).

Ley De Seguridad Social De Las Fuerzas Armadas.

Capítulo V del seguro de enfermedad y maternidad: art.51 indica que:

El Seguro de Enfermedad y Maternidad es la prestación que protege al asegurado en servicio activo y pasivo, sus dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales y tropa y conscriptos, mediante los siguientes servicios: a) Medicina preventiva; b) Asistencia clínica y quirúrgica; c) Asistencia obstétrica; d) Asistencia odontológica; e) Rehabilitación, órtesis y prótesis; f) Auxiliares de diagnóstico y tratamiento; y, g) Asistencia farmacológica (Asamblea Nacional del Ecuador, 2011).

Capítulo II. Marco Referencial

Soldevilla, Torra, Posnett, Verdú, San Miguel y Mayan(2007)realizaron un análisis sobre una aproximación al impacto del costo económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. El objetivo de este estudio fue estimar el costo del tratamiento global de las úlceras por presión. La metodología de este estudio se basó en la información proveniente de diferentes fuentes de datos primarias

Soldevilla et al. (2007) identificaron que dependiendo de la severidad de la herida aumenta el costo del tratamiento, yendo desde \$32.16, Grado I a los \$9,115, Grado IV, para pacientes tratados en hospitales estos costos se ven reflejados en el de tiempo de curación, debido a que es más prolongado y la incidencia de complicaciones más alta en los casos más severos. El costo total de tratamiento de las úlceras por presión en España en un año es aproximadamente \$618 millones, cerca del 5% del gasto sanitario anual. De este montante, el 15% lo representan el costo de apósitos y otros materiales, mientras que el 19% lo representan el costo del tiempo de enfermería, y el 45% del total lo representa el costo de las estancias extra en el hospital relacionadas con estas lesiones.

Posnett y Franks (20078) analizaron los costos de la enfermedad en el caso de las heridas crónicas en Reino Unido, su método de estudio fue basado en la revisión bibliográfica en diferentes medios como son PubMed of NCBI, ScienceDirect, HINARI and JSTOR y estadísticas de ese país. Los autores indicaron que en el 2005 y 2006 los gastos para este tratamiento eran del 3 % del presupuesto anual en salud equivalente a 2300–3100 millones de libras esterlinas que incluían la estancia hospitalaria, pago a personal sanitario, insumos médicos en las diferentes patologías como son:

- (a) Úlceras venosas: 168–198 millones de libras anual.
- (b) Úlceras por presión: 1800–2600 millones de libras anual.
- (c) Pie diabético: 300 millones de libras al anual.

Fife y Carter(2012) se realizo un estudio en Estados Unidos sobre las lesiones para determinar el costo del procedimiento ambulatorio de las heridas. Su metodología se basó en la revisión de registros de historias médicas electrónicas de 5240 pacientes.

Los resultados de esta investigación, según Fife y Carter(2012), de 5240 historias clínicas investigadas se identificó 7099 heridas y ocasionaron 119786 visitas ambulatorias con una media de 16.8 visitas por herida, el costo medio para curar una herida de todos los tipos fue de 3927 dólares. El tratamiento de las úlceras de pie diabético fue alrededor de \$5391. Los tratamientos durante mayor a dos años tuvieron unos costos aproximados de \$18000 por cada paciente. El 31% de los pacientes nunca se curaron y además de esto, fueron las más costosa aún más si presentaba alguna comorbilidad establecida.

Oien y Ragnarson (2006) realizaron un estudio con el objetivo de analizar el costo de la enfermedad de las úlceras en las piernas. Utilizando como metodología la investigación longitudinal durante 11 años entre 1994 a 2005 basada en cuestionarios acerca de la prevalencia y del tiempo dedicado al tratamiento de heridas por personal de enfermería en un condado de Suecia. Los resultados fueron que los costos semanales para tratar las úlceras venosas en las extremidades inferiores fue de 100 euros por paciente; cabe señalar, que de 1994 al 2005 se disminuyó un 24% en el tratamiento, debido a la tecnología empleada durante este tiempo así como se disminuyo 0.22% al 0.15%. El ciclo de recuperación por paciente fue de 1.7 horas a 1.3 horas.

Iglesias, Nelson, Cullum y Torgerson(2004) investigaron el costo–efectividad y costo–utilidad del vendaje compresivo en las úlceras venosas en las piernas en Reino Unido. La metodología es una investigación correlaciona entre las vendas de cuatro capas y vendas de corto estiramiento la metodología se la realizó en un período de tiempo de un año. Los resultados fueron que se redujo el ciclo de tratamiento de 10.9 días menos con vendajes de cuatro capas con un costo de 227.32 libras menos por cada paciente en comparación de los

vendajes de pequeño estiramiento. Es importante recalcar la utilización de vendajes de cuatro capas debido a que ayudan a la circulación y un retorno venoso adecuado para oxigenar la herida.

En Brasil se realizó un análisis sobre los costos de la hospitalización de pacientes con úlceras de pie diabético, se utilizó una metodología de corte transversal a pacientes hospitalizados hasta el fallecimiento o su día de alta hospitalaria, en su resultado se apreció que el 39 % fueron dados de alta con cuidados primarios; el 48% se dio la amputación de alguna extremidad; el 13% fallecieron dentro de la casa de salud; el 4,6% tuvieron tratamiento vasculares reconstructivos y el costo directo por paciente osciló entre \$324.30 y \$5628 con una media de hospitalización de 15 días (Rezende et al., 2009).

Apelqvist, Armstrong, Lavery y Boulton(2008) es un estudio para determinar los costos sobre el tratamiento de la presión negativa en las heridas de pie diabético basado en un estudio correlacional con revisión de historias clínicas de 162 que utilizaron para su tratamiento el ambiente húmedo bajo la presión negativa.

Apelqvist et al, (2008) identificaron los siguientes resultados; se apreció que hubo mayores limpiezas quirúrgicas y rotación de apósitos en el grupo con el tratamiento de cura en ambiente húmedo. En ocho semanas el costo promedio fue de \$27720 en el caso del tratamiento con presión negativa y de \$36096 bajo curación avanzada, cabe indicar que no se evidenció el resultado final del tratamiento, lo que demuestra los beneficios económicos que representa la técnica de presión negativa para el tratamiento de las úlceras de pie diabético.

En un análisis de costo–efectividad de colchones de presión alterna en la prevención de las úlceras por presión en Reino Unido. Su metodología fue una investigación correlacional, aleatorizada que contó con 1971 pacientes que recibieron un colchón de presión alterna o un sobre colchón de presión alterna y se compararon con los sobrecolchones. Los resultados fueron que los colchones de presión alterna se asociaron con unos costos globales inferiores a

283.60 libras por paciente, ocasionado por la disminución de la permanencia en el hospital, estos colchones pueden reducir al 80 % en la prevención de lesiones hospitalarias (Iglesias et al., 2006).

En Irlanda, Moore, Cowman y Posnett (2013) realizaron un análisis económico de los cambios posturales para prevenir las úlceras por presión en las personas mayores en la atención a largo plazo utilizando dos regímenes diferentes de reposicionamiento, su metodología fue correlacional, se asignaron al azar al grupo experimental con un número de 99 reposicionados cada tres horas, utilizando 30 grados de inclinación y el grupo control con un número de 114 atención estándar, reposicionado cada seis horas, utilizando la rotación lateral 90 grados durante un período de tiempo de 4 semanas.

Los resultados de esta investigación fue que el tiempo de enfermera diaria media para reposicionamiento fue de 18.5 minutos, *experimentales*, y 24.5 minutos, *control*. El costo de tiempo de la enfermera por paciente durante el período de estudio fue de € 206.6, *experimental*, y € 253.1, *control*. El 96.6% de los participantes *experimentales* se mantuvo libre de úlceras por presión, en comparación con 88.1%, *control*. El costo por paciente libre de la úlcera era €213.9, *experimental* y €287.3, *control*. En conclusión el reposicionamiento de cada tres horas, utilizando 30° de inclinación, se ha demostrado ser más eficaz en menos costo, en términos de tiempo de la enfermera en comparación con la atención estándar y ocasiona menos días de estancia hospitalaria al paciente (Moore et al., 2013).

En Barcelona (Esparza Ima, Fuentes Agúndez, Morales Pasamar, & Nova R, 2016) se realizó un estudio cualitativo fenomenológico descriptivo con entrevistas semiestructuradas y análisis de datos para conocer la visión del personal en enfermería como líder de unidades de clínica de heridas crónicas a nivel nacional e internacional y sus resultados fueron 26 códigos y seis categorías; confianza, crítica, formación, liderazgo, multidisciplinar, visión holística, concluyendo que la enfermera se encuentra capacitada para liderar un equipo

multidisciplinario debido a que tiene una visión holística previniendo y tratando las heridas crónicas.

Situación actual del Ecuador en relación al tratamiento de heridas

Según la OMS (2012) define como Cobertura Sanitaria Universal el asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos y el Acceso universal de salud implica la eliminación de las barreras de acceso geográfico, cultural y financieras.

En el Ecuador existe tres tipos de accesos a la salud, el servicio de salud público que ejerce el MSP, las personas afiliadas a los diferentes seguros como son el Instituto de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía y las Instituciones Privadas. Con el aumento de la población de adulto mayor en el Ecuador según el INEC (2010) en su proyección indica que una persona nacida en el 2010 registra una esperanza de vida de 75 años mayor que en el 2000, en donde su esperanza de vida era 72 años este grupo poblacional, presentan envejecimiento de la piel y déficit nutricional permitiendo el aumento de heridas. En la figura 4 se presenta la esperanza de vida en el país.

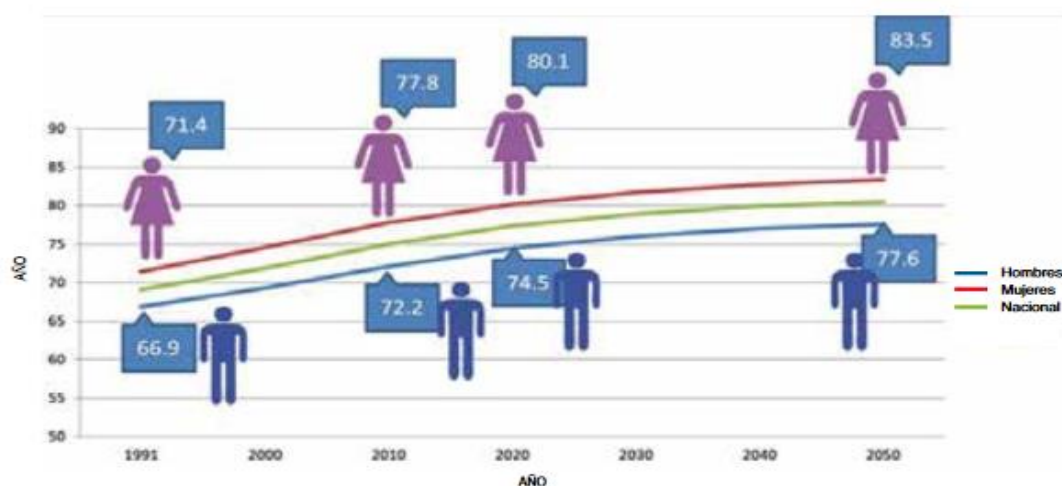


Figura 4. Esperanza de vida al nacer. Tomado de “Proyecciones poblacionales”, por INEC, 2010. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf.

De acuerdo a los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), un ser humano nacido en el año 2010 tendrá una esperanza de vida de 75 años, y una persona nacida en el 2020 su esperanza de vida de 77,3 años.

Dentro de los pacientes con discapacidad las personas con déficit motor tienen un número de 305,948 pacientes como revela los datos estadísticos de la INEC (2010), esta discapacidad es la causa principal de diferentes heridas como son las úlceras por presión, cabe señalar que el gobierno en la actualidad ha invertido un per capital de \$96, mayor que el año 2000 que fue de nueve dólares, tomando mayor importancia en los pacientes con enfermedades catastróficas pero no se ha enfocado en un tratamiento integral con especialistas en este campo cabe señalar que los pacientes que presenten estas patologías tienen el riesgo a sufrir algún tipo de herida de acuerdo a su condición de salud. En la tabla cinco se representa la discapacidades en el país.

Tabla 5
Porcentaje de población con discapacidad, 2001 y 2010

Tipo de discapacidad	% personas con discapacidad	Personas con discapacidad 2001	% personas con discapacidad	Personas con discapacidad 2010
Discapacidad intelectual	0,14	17.332	0,57	82.823
Discapacidad físico-motora	0,88	106.572	2,11	305.948
Discapacidad visual	1,59	192.841	1,02	147.813
Discapacidad auditiva	0,48	57.996	0,59	85.411
Discapacidad mental	0,34	40.972	0,31	44.285
Más de 1 discapacidad	1,23	149.847	0,42	61.147
Se ignora	-		0,61	88.729
Total	4,65	565.560	5,64	816.156
Población		12.156.608		14.483.499

Nota. Tomado de “Censo de Población y Vivienda 2001, 2010” por INEC, 2010.

Según el MSP (2014) las enfermedades como: accidentes vascular encefálico, venas varicosas de los miembros inferiores, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus insulino dependiente y no dependiente en el país, han presentado un total de 24344 egresos hospitalarios. En la tabla 6 se presenta las causas de morbilidad relacionadas a las heridas crónicas.

Tabla 6
Principales causas de morbilidad con riesgo a sufrir heridas crónicas

CIE	Enfermedades	Hombres	Mujeres	TOTAL
I64	Accidentes vascular encefálico	935	826	1,761
I83	Venas varicosas de los miembros inferiores	1,067	1,676	2,743
N18	Insuficiencia renal crónica	3,840	3,239	7,079
E10	Diabetes mellitus insulino dependiente	1,054	1,092	2,146
M79	Otros trastornos de los tejidos blandos no clasificados en otra parte	285	312	597
I82	Otras embolias y trombosis venosas	241	347	588
E66	Obesidad	511	933	1,444
E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente	4,187	5,560	9,747
	TOTAL	11,185		24,344

Nota. Tomado de “Camas y egresos hospitalarios, Ecuador 2014”, por MSP, 2014. Recuperado de <https://public.tableau.com/profile/publish/egresoshospitalariosinec2014/Menu#!/publish-confirm>

En las dos últimas décadas la tecnología a nivel mundial sobre el tratamiento avanzado de las heridas ha crecido muy rápidamente, pero en Ecuador las últimas décadas no ha sido tomado con la misma importancia, por la resistencia a su uso por parte del personal sanitario se continúa con la curación tradicional, incluido en las instituciones educativas no se ha profundizado sobre el tema. Cabe indicar que en las instituciones privadas, esta tecnología ha sido tomada con más aprecio que en el sector público y seguros sociales, llegando al punto

que en el cuadro básico de medicamentos no constan estos productos debido a los costos de los mismos, esto se debe a la falta de un estudio de costo-beneficio sobre estos productos. En la actualidad los pacientes que requieran de estos productos deben de ser financiados por recursos propios y cabe señalar que los pacientes con mayor incidencia a las heridas son personas de escasos recursos.

En el Ecuador la implementación de Clínicas de Heridas ha ido creciendo los últimos tres años empezando en la ciudad de Quito en el Hospital Voz Andes, Hospital Eugenio Espejo, Hospital Metropolitano, Hospital Comunitario San José Obrero dando el punta pie para la proliferación de este servicio. En la ciudad de Guayaquil, el inicio se dio en el OmniHospital siendo un referente a otros hospitales de la ciudad que han tomado ejemplo a este servicio. La importancia del tratamiento avanzado de las heridas agudas y crónicas en un servicio de Clínica de Heridas encaminan a tratar al paciente holísticamente debido a que las heridas no discriminan la clase social y una intervención sobre esta patología ayuda a la calidad de vida y mejorar su entorno social.

Instituciones involucradas.

Generalidades Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA).

El ISSFA (2017) define a la Seguridad Social Militar como:

El servicio público obligatorio, promovido por el Estado, que comprende las medidas preventivas, reparadoras y de recuperación, legalmente establecidas en un régimen especial, solidario, dispensadas en las instituciones de previsión, servicios y asistencia social a favor del profesional militar, el pensionado militar y su familia, para su bienestar y aseguramiento del nivel de vida (p. 1).

El ISSFA acoge un colectivo de 250000 personas a nivel nacional, esta cobertura es integral, cubre todos los riesgos laborales del personal militar. El ISSFA se da inicio con la

aprobación de la ley retiro militar, Montepío civil, Ahorro, y Cooperativa en el Gobierno del Dr. Isidro Ayora, permitió la ley de retiro militar para los oficiales y para posterior extenderse al colectivo militar.

El 2 de marzo de 1939 se promulga la Ley de Pensiones de las FFAA mediante decreto legislativo. A inicios se crea la cesantía militar únicamente para el personal de señores oficiales de todas las Fuerzas Armadas bajo iniciativa de los mismo en servicio activo, luego de transcurrir el tiempo el 5 de noviembre del 1949 mediante decreto legislativo se aplica para el personal de tropa del ejército y aviación, en cambio para el personal de la Armada de Ecuador se autoriza el 12 noviembre de 1951. El 23 de octubre 1953 la cesantía militar cambia su nombre a Cooperativa de Cesantía Militar para oficiales y tropa, estos recursos son administrados por la caja de pensiones. En 1982 y 1988 se presenta el proyecto de ley de Seguridad social de las Fuerzas Armadas por dos ocasiones como aspiraciones de las FFAA. El 7 de agosto de 1992 con registro oficial No 995 se expide la Ley de Seguridad Social a favor de las FFAA con la diferencia de las otras naciones del mundo, esta es financiada por el personal militar como un aporte contributivo y solidario para evitar el aporte total del estado (ISSFA, 2017).

Visión

Alcanzar la sostenibilidad del Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el otorgamiento de las prestaciones y servicios sociales con Eficiencia, Eficacia y Calidez (ISSFA, 2017, p. 1).

Misión

Proporcionar prestaciones económicas y sanitarias así como servicios sociales, con un Sistema de Gestión Integrado, Procesos ágiles y modernos, con Talento Humano competente y comprometido con los valores institucionales y con tecnología de última

generación, para satisfacer las necesidades básicas del colectivo militar a fin de propiciar su buen vivir" (ISSFA, 2017, p.1).

Hospital General HOSNAG.

Reseña histórica.

En 1963, en la presidencia del Dr. Carlos Julio Arosemena Monroy se aprueba el Reglamento de la Dirección General de Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas, diferenciando las funciones curativas de las de salud pública y se nombra al CPFGE-MD Gabriel Panchana Cucalón como Director de Sanidad y al CPFGE-MD Roberto Dávila Villegas como Director del Centro Médico Naval. En 1964, asume la Dirección de Sanidad el señor CPCB-MD Gabriel Panchana, con el apoyo decidido de la superioridad naval se implementa el Centro Médico Naval en las calles Chile y García Goyena, con atención de consulta externa y emergencia (HOSNAG, 2017).

En 1968, se dispone la construcción del *Dispensario Médico* en los terrenos de la Base Naval Sur en la Ciudad de Guayaquil, con capacidad para 50 camas y se lo inaugura el 25 de Julio de 1974 como *Policlínico Naval*, siendo Director de Sanidad el Señor CPCB-MD José María Ochoa Vivar, a quien se le atribuyen las gestiones que permitieron la construcción de la torre de 7 pisos para hospitalización, bajo la dirección del CPFGE-MD Rafael Cruz Campuzano. Por resolución del COGMAR, el 11 de noviembre de 1983, se inaugura el Hospital Naval de Guayaquil, siendo Comandante General de Marina el Señor ALM. Mario Jaramillo del Castillo, Director de Sanidad el Señor CPFGE-EMS Jorge Rodríguez Cruz, y; Director el CPNV-EM Fausto Torres Palacios (HOSNAG, 2017).

Mediante Acuerdo Ministerial 01032 del 31 de octubre del 2011, publicado en el Registro Oficial No. 597 del 15 de diciembre del mismo año, el MSP expide el Reglamento General sustitutivo para la aplicación del proceso de licenciamiento de los establecimientos de los servicios de salud; mediante el cual se definen dos tipos de hospitales de nivel II:

Hospital Básico y Hospital General. Según Acuerdo Ministerial 026 del MDN-COMACO, 17 de febrero del 2012, acuerda: Art.1- Dispone la publicación de la homologación con la nueva denominación de las unidades de salud de Fuerzas Armadas, cambiando su denominación Hospital Naval Guayaquil por *Hospital General HOSNAG* de II nivel de atención y categoría cinco.

Según acuerdo ministerial 072 del MDN-COMACO, 05 de marzo del 2013, Acuerda: Art.1- Dispone la publicación de la homologación con la nueva denominación de las unidades de salud de Fuerzas Armadas, confirma su denominación como Hospital General HOSNAG de II nivel de atención y categoría 5. Mediante acuerdo ministerial 00005212 del MSP del 24 de diciembre del 2014, expide la tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del sistema nacional de salud, y en el que indica que el nombre de Hospital General le corresponde ser: II nivel de atención, 4 de complejidad y categoría 5 de establecimiento de salud (HOSNAG, 2017).

Localización.

La ubicación del Hospital General Hospital General HOSNAG es en el Ecuador, en la provincia del Guayas, ciudad Guayaquil en el sector sur de la urbe porteña, cerca al Puerto Marítimo, en la avenida de la Marina la cual antiguamente se llamaba Av. 25 de julio dentro de la Base Naval Sur. En la figura cinco se muestran la ubicación del Hospital.



Figura 5. Ubicación del Hospital General HOSNAG. Tomado de “Google Maps”, por Google, 2017. Recuperado de <https://www.google.com.ec/maps>.

Función básica.

Gestionar la prestación de los servicios de salud, mediante la prestación de especialidades clínico y quirúrgicas, servicios de enfermería, de diagnóstico, terapéutico y docencia e investigación; a fin de contribuir a la administración de la sanidad y salud naval.

Estructura organizacional.

El 06 de junio del 2017 se aprueba el Manual de Organización y Funciones del Hospital General HOSNAG dispuesto por el señor Director General de Talento Humano de la Armada, este manual es diseñado en base al acuerdo Ministerial 000001537 en el cual se emite el Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública. En la figura seis se presenta la estructura organizacional del Hospital.

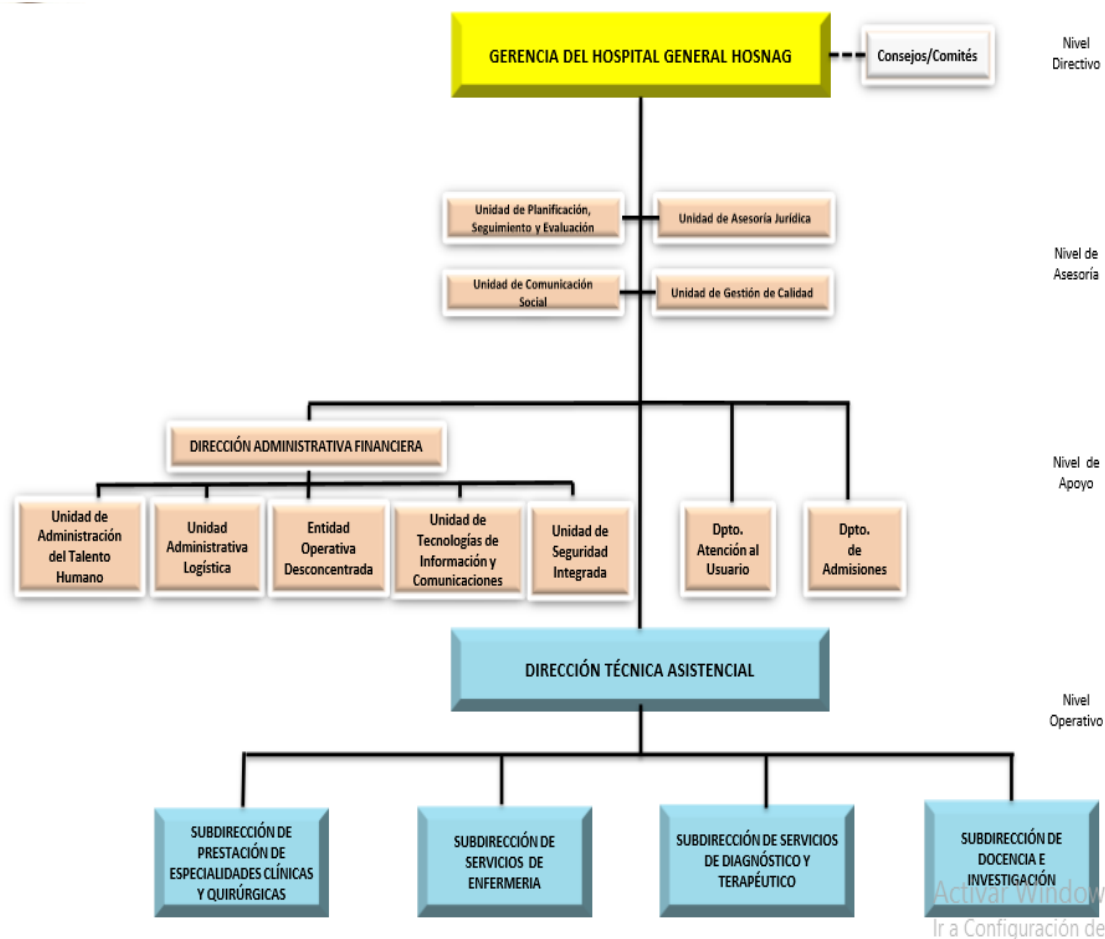


Figura 6. Estructura Organizacional del Hospital General HOSNAG. Tomado de “Manual de Organización del Hospital General HOSNAG”, por HOSNAG, 2017. Recuperado de <http://apphosnag.armada.mil.ec/page/organigrama>.

Estructura Geofísica.

El área de construcción es de 50,000 metros cuadrado en un espacio de terreno de 87,000 metros cuadrados al inicio de la Base Naval Sur. Cuenta con el edificio principal de siete pisos distribuida de la siguiente manera: Planta baja, Laboratorio, Imagenología, Facturación, Estadística, Servicio de Atención al Cliente, Emergencia, Cámara Hiperbárica, Lavandería, Comedor, Cocina, Nutrición, Farmacia, Laboratorio Clínico; en el primer piso, están ubicadas las áreas de Centro Quirúrgico, Terapia Intensiva, Hemodiálisis, Pediatría - Neonatología, Ginecología; en el Segundo piso, están localizadas las áreas de Gerencia Hospitalaria, Dirección Técnica Asistencial, Dirección Administrativa-Financiera, Unidad de Administración de Talento Humano, Subdirección de Docencia e Investigaciones; en los pisos

tercero, cuarto y quinto se encuentra el área de Hospitalización como son: Traumatología, Cirugía, Clínica en el mismo orden correspondiente; el sexto piso cuenta con habitaciones del personal de señores Oficiales; en el séptimo piso existen dos aulas con fines de docencia, adicional existen las áreas de Subdirección de los Servicios de Enfermería y Centro de Tecnología e Informática. El Hospital dentro de su infraestructura posee tres bloques de consulta externa para la atención médica y odontológica a pacientes adultos y pediátricos, anexo a esto existe la cancha deportiva de futbol para las actividades del usuario interno y externo del Hospital General HOSNAG.

Cartera de Servicios del Hospital General HOSNAG.

Tabla 7
Cartera de Servicios del Hospital General HOSNAG

Especialidades médicas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiología • Dermatología • Endocrinología • Gastroenterología • Infectología • Medicina interna • Nefrología • Neumología • Neurología
Especialidades médicas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Oncología clínica • Pediatría • Pre consulta
Especialidades médicas quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía general • Cirugía plástica • Cirugía vascular • Ginecología obstétrica • Neurología • Otorrinolaringología • Oftalmología • Oncología quirúrgica • Coloproctología • Traumatología • Urología
Urgencias médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Emergenciología
Especialidades Odontológicas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Odontología general • Endodoncia • Ortodoncia • Rehabilitación oral • Odontopediatría
Especialidades odontológicas quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia • Cirugía Máxilo Facial

Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

- Servicio centro quirúrgico
 - Servicio de terapia intensiva
 - Servicio de imágenes
 - Servicio de laboratorio
 - Servicio de rehabilitación y medicina física
 - Servicio de terapia de salud mental
 - Servicio medicamentos e insumos
 - Servicio de nutrición y dietética
 - Servicio terapia respiratoria
 - Servicio de diálisis
 - Servicio de quimioterapia
 - Servicio de medicina hiperbárica
 - Servicio técnico odontológico
 - Servicio de cardiología
 - Servicio de endoscopia
-

Dinámico poblacional.

Según el INEC (2010) el censo de la población de la ciudad de Guayaquil es de 2291158 habitantes en esta urbe. El total de egresos hospitalarios en el 2016 en la ciudad de Guayaquil fue 283431 pacientes y en el Hospital General HOSNAG fue 2902 pacientes representando el 1% de egresos hospitalarios de la ciudad, entre estos pacientes atendidos se encuentran: militares en servicio activo, militares en servicio pasivo, jubilados, dependientes de militares, derechohabientes, y en la actualidad abre sus puertas a toda la población del país sin excepción ingresados desde el área de Emergencia o transferencia hospitalaria perteneciente al MSP lo cual podría existir una mayor afluencia poblacional de atención. Concentra la población del Guasmo Sur, Floresta, que son sectores de inmediato acceso así como también al personal que labora dentro de la Base Naval Sur.

Al realizar el análisis de los grupos programáticos del Hospital general HOSNAG se puede observar que la población pediatría representa el 22% entre 0 a 14 años de edad con un total de 25755 atendidos en el Hospital General HOSNAG entre Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización y Observación, mientras que la población con edad mayor a 14 años es más amplia con un porcentaje de 79% dentro de este porcentaje el 40% pertenece a pacientes mayores de 50 años de edad con un total de 46072 por lo cual es en donde se debe

de dirigir la proyección de las acciones en salud. En la tabla ocho se presentan las atenciones a pacientes por servicios y por grupos de edad.

Tabla 8
Atenciones a Pacientes por los Servicios de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización y Observación por Grupos de Edad

SERVICIOS	GRUPOS DE EDAD									TOTAL
	MENOR DE 1 MES	1-11 Meses	1-4 Años	5-9 Años	10-14 Años	15-19 Años	20-49 Años	50-64 Años	>= 65 Años	
Consulta Externa	1,594	2,535	4,659	5,446	4,079	2,699	32,518	23,281	16,907	93,718
Emergencia	50	957	2,592	2,057	1,174	1,009	8,135	2,849	2,058	20,881
* Egresos Hospitalarios	83	60	151	106	42	75	1,147	322	271	2,257
Egresos de Observación	1	9	65	65	30	60	421	166	218	1,035
TOTAL	1,728	3,561	7,467	7,674	5,325	3,843	42,221	26,618	19,454	117,891
%	1%	3%	6%	7%	5%	3%	36%	23%	17%	100%

Nota. Tomado del Departamento de Admisión y Estadística del Hospital General HOSNAG.

Áreas del hospital que brindan servicio de curación de heridas

Cirugía plástica. Es una especialidad médica del Hospital General HOSNAG que su objetivo es el tratamiento quirúrgico de correcciones de anomalías congénitas o adquiridas, actualmente el área de Cirugía plástica de la Institución, se encuentra ubicado en el Área de consulta de traumatología adherido al edificio principal, su área física es de 40 metros cuadrados cuenta con un chailón médico donde se realizan las curaciones. En el Hospital no se realiza cirugía estética debido a que no cubre su financiamiento el ISSFA. Este servicio brinda consulta médica los días martes y viernes en el horario de 09:00 a 16:00 cubriendo diariamente un total de 20 pacientes cada día. El personal que labora en esta área

es de un auxiliar en enfermería y un médico con especialidad en Cirugía Plástica; no se lleva un registro de las curaciones, pero refiere el médico que aproximadamente de 5 a 4 curaciones diarias son realizadas en este servicio. Las patologías más frecuentes en este servicio se muestran en la tabla nueve.

Tabla 9
Patologías más frecuentes en la Consulta externa del servicio de Cirugía Plástica

CIE 10	Patología	Atenciones	Porcentaje
L91	Trastornos hipertróficos de la piel	99	21%
D23	Otros tumores benignos de la piel	77	16%
D17	Tumores benignos lipomatosos	44	9%
M67	Otros trastornos de la sinovia y del tendón	34	7%
S91	Herida del tobillo y del pie	31	6%
H02	Otros trastornos de los párpados	30	6%
N64	Otros trastornos de la mama	27	6%
S62	Fractura a nivel de la muñeca y de la mano	25	5%
L97	Ulcera de miembro inferior	23	5%
L89	Ulcera de decúbito	17	4%
S81	Herida de la pierna	10	2%
C44	Otros tumores malignos de la piel	8	2%
L02	Absceso cutáneo, furúnculo y ántrax	7	1%
	Otras patologías	30	10%
	TOTAL	482	100%

Nota. Tomado del Departamento de Admisión y Estadística del Hospital General HOSNAG.

Cirugía Vascolar. Es una especialidad médico-quirúrgica que tiene como objetivo prevenir, tratar clínica y quirúrgicamente las patologías asociadas a las afecciones vasculares, actualmente el área de cirugía vascular cuenta con un consultorio y se encuentra ubicado en el bloque tres frente al edificio principal, su área física es de 30 metros cuadrados equipados

con un chailón, un escritorio, una computadora y un carro de curaciones. En el consultorio brindan atención dos médicos con especialidad de Cirujano Vascular compartiendo el consultorio en turno diurno y vespertino el primer médico los días lunes, miércoles y viernes de 09:00 a 12:30, el segundo cirujano vascular brinda sus servicios los días lunes, miércoles y jueves de 13:30 a 16:00 dando un promedio total de las dos consultas de 22 pacientes diarios. El personal que labora en esta área es un auxiliar en enfermería que también cumple funciones de circulante, no cuentan con un registro de las curaciones diarias pero refiere médicos y personal en enfermería que aproximadamente de ocho a 10 curaciones diarias son realizadas en este servicio. Las patologías más frecuentes se muestran en la tabla 10.

Tabla 10
Patologías más frecuentes en la Consulta externa del servicio de Cirugía Vascular

CIE 10	Patología	Atenciones	Porcentaje
I83	Venas varicosas de los miembros inferiores	256	59%
N18	Insuficiencia renal crónica	44	10%
E10	Diabetes mellitus insulino dependiente	29	7%
I89	Otros trastornos no infecciosos de los vasos y ganglios linfáticos	20	5%
I70	Aterosclerosis	19	4%
M79	Otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte	15	3%
I82	Otras embolias y trombosis venosas	15	3%
E66	Obesidad	5	1%
L97	Ulcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte	4	1%
I71	Aneurisma y disección aórticos	4	1%
E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente	4	1%
	Otras patologías	11	5%
TOTAL		436	100%

Nota: Tomado del Departamento de Admisión y Estadística del Hospital General HOSNAG.

Subdirección de los Servicios de Enfermería.

Esta subdirección es responsable de gestionar los cuidados de enfermería a los pacientes en todos los servicios hospitalarios, proporcionando buenas prácticas profesionales, de forma integral, resolución rápida y efectiva a los problemas de salud de los pacientes (HOSNAG, 2017). Está conformado por 34 Licenciados en Enfermería y 50 Auxiliares en Enfermería dicho personal cumple sus funciones en los servicios de consulta externa, Hospitalización, Terapia Intensiva, Centro Quirúrgico y Emergencia cumpliendo funciones al cuidado directo integral de enfermería al paciente. En la tabla 11 se presenta el número de curaciones ejecutadas por el personal de enfermería.

Tabla 11
Curaciones Realizadas por el Personal de Enfermería por Servicios de mayo 2016 a mayo 2017

Servicio	Actividad	Número	Porcentaje
	Curación	1.560	27%
Consulta externa	Curación De Catéter	300	5%
	Extracción De Puntos	858	15%
Hospitalización	Curaciones	1.890	32%
Emergencia	Curaciones	1.128	19%
UCI	Curaciones	143	2%
	TOTAL	5.879	100%

Nota: Tomado del Departamento de Admisión y Estadística del Hospital General HOSNAG.

Capítulo III. Metodología de la Investigación

Esta investigación se basa en el método cuantitativo y cualitativo, para lo cual se aplica tres métodos de recopilación de datos: 1 - Cuestionario orientado al cliente interno, en el que se utilizó una metodología descriptiva transversal a través de un cuestionario; 2- Observación de historias clínicas, utilizando la metodología anterior con cohorte retrospectivo entre mayo de 2016 a mayo de 2017, donde el instrumento fue el historial clínico; y 3 para reforzar la investigación se realizó un estudio fenomenológico orientado a la experiencia profesional en heridas crónicas. A continuación se describe la metodología y los resultados de cada uno de los tres métodos.

Metodología de cuestionario dirigido al cliente interno

Partiendo del problema de estudio que es: ¿Cómo influye la curación tradicional de heridas en la estancia hospitalaria en las áreas de Hospitalización, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital General HOSNAG? y con la finalidad de analizar la variable dependiente en relación a la curación tradicional de las heridas crónicas en las áreas de Terapia Intensiva, Hospitalización y Emergencia del hospital General HOSNAG se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario de autoevaluación modificado tomando referencia los estudio de *Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en Barcelona-España* (Beaskoetxea Gomez et al., 2013) y *Conocimiento de los profesionales de urgencias sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión* (Hinojosa, 2012) este cuestionario consta de 20 ítems con opción de respuestas dicotómica (SI/NO) dividido en cuatro partes:

- Datos personales, laborables y profesionales- en donde se identifica la edad, profesión, servicio en el que se desempeña, capacitaciones recibidas sobre el tema.

- Cinco preguntas relacionadas a la prevención de heridas crónicas- Implica la aplicación de dispositivos y medidas para la prevención de esta patología en el servicio
- Nueve preguntas relacionadas al conocimiento del tratamiento de las heridas crónicas- Se determina el número aproximado de curaciones mensuales, tipo de herida que realiza curaciones con mayor frecuencia en el área, conocimiento y aplicación sobre la curación tradicional y avanzada mediante ambiente húmedo
- Seis preguntas relacionadas a los aspectos generales.- Se mide la satisfacción en la aplicación de los conocimientos y se analiza los lineamientos que existe en la institución sobre el tema de las heridas crónicas.

Como instrumento para tabular las encuestas se diseñó una ficha de registro con las preguntas del cuestionario, esta información se ingresó en la base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel 2000, para luego realizar el análisis estadístico en número y porcentajes expresado en gráficos estadísticos.

Universo de estudio

Tamaño y selección de muestra objeto de estudio

Las encuestas fueron realizadas en los meses de junio, julio y agosto del 2017. El personal que respondió la encuesta fueron médicos tratantes, médicos residentes, licenciados en enfermería, auxiliares en enfermería en todos los turnos laborables (mañana, tarde y noche) que laboran en las áreas de Hospitalización (Clínica y Traumatología), Emergencia y Terapia Intensiva del Hospital General HOSNAG.

La población para la encuesta es de 120 personas por lo cual se tomó toda la población para la muestra de este estudio.

Criterios de inclusión de los profesionales.- se incluye a todo el personal de salud que voluntariamente desea participar en el estudio de las áreas de Hospitalización (Clínica y Traumatología), Emergencia y Terapia Intensiva el definitorio del tamaño de la muestra.

Criterio de exclusión de los profesionales.- personal de salud que no quiera participar en el estudio, militares profesionales que se encuentran de comisión institucional, personal femenino con licencia materna.

Aspecto ético.- en el primer párrafo de la encuesta se comunica de forma verbal y escrita que la información obtenida en el formulario es estrictamente confidencial y no se darán a conocer a nadie, sino únicamente en resumen estadísticos que no permite deducir información individual debido a esto no se solicita la identificación personal encuestado.

Resultados

Existió gran aceptación voluntaria al realizar la encuesta, a partir del tamaño de muestra calculado para el estudio que fue de 120 el número de la población, se obtuvieron 117 encuestas de las cuales 2 se encontraban incompletas en su llenado dando un total de 115 encuestas válidas, su nivel de confianza fue del 99%, grado de seguridad 2.58 y un margen de error de 0,03. Siendo el 8% Médicos Tratantes, 16% Médicos Residentes, 34 % Licenciados en Enfermería, 5% paramédicos, 37% Auxiliares en Enfermería. Figurando el 37% género masculino y 63% género femenino. El personal de salud que participo en la encuesta trabaja el 43 % en el área de Emergencia; el 19 % en el área de Terapia Intensiva y el 38% en el área de Hospitalización (Clínica y Traumatología) en la figura 7 se muestran la distribución de los encuestados según el área del Hospital General.

Tabla 12
Distribución del personal encuestado según el área

Opción	Cantidad	Porcentaje
Emergencia	49	43%
Terapia Intensiva	22	19%
Hospitalización	44	38%
Total	115	100%

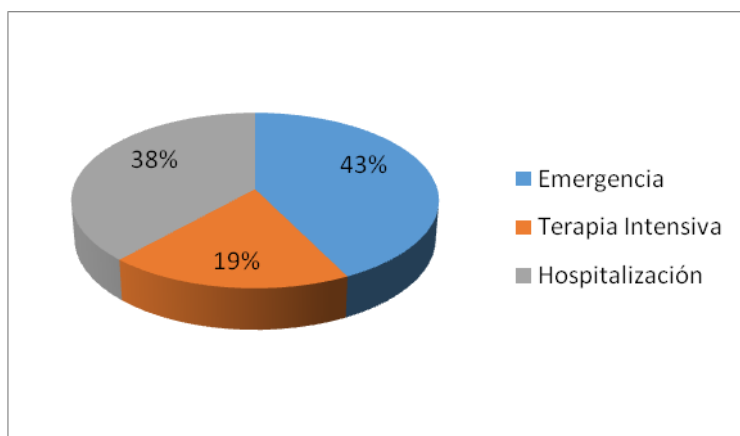


Figura 7. Distribución del personal encuestado según el área del Hospital General HOSNAG. Tomado de Encuesta al cliente interno

El 43% del personal encuestado pertenece al área de emergencia, el 38% al área de hospitalización y 19% corresponde al servicio de Terapia Intensiva.

¿Ha recibido alguna formación sobre el cuidado y prevención de heridas crónicas?

Esta interrogante permite identificar la capacitación que ha recibido el personal de salud dentro o fuera del Hospital General HOSNAG sobre el tema de las heridas.

Tabla 13

Formación recibida por el personal encuestado sobre el cuidado y tratamiento de heridas.

Opción	Cantidad	Porcentaje
Formación reglada	26	23%
Formación no reglada	16	14%
No ha recibido	73	63%
Total	115	100%

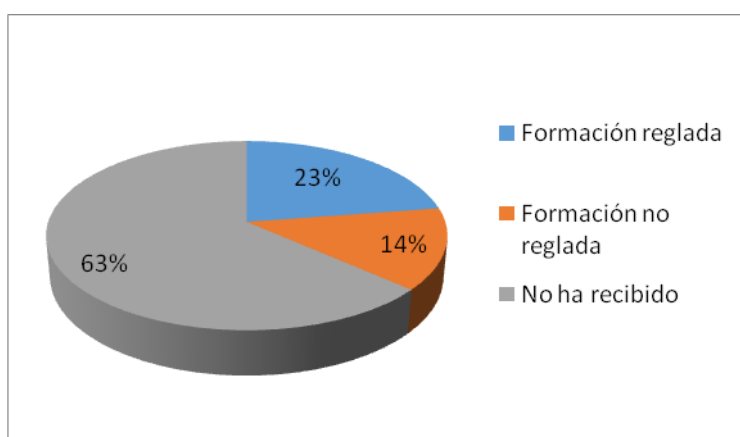


Figura 8. Formación recibida por el personal encuestado sobre el cuidado y el tratamiento de heridas. Tomado de encuesta al cliente interno

Se demuestra en la figura que el 63% del cliente interno encuestado no ha recibido alguna formación sobre el cuidado de las heridas, frente al 23% que ha recibido formación reglada como son: Especialidad, Maestría, Diplomados, o en su carrera universitaria y el 16 % ha recibido formación no reglada es decir: Cursos, Congresos y Talleres.

Resultado en relación a la prevención de las heridas crónicas

Pregunta 1.- La inmovilidad, la nutrición, la alteración del nivel de conciencia y la humedad ¿son factores de riesgo de padecer alguna herida crónica?

Con esta pregunta se identifica el grado de conocimiento de los encuestados sobre los factores de riesgo para la formación de la úlcera por presión.

Tabla 14

Conocimiento sobre los factores de riesgo para la aparición de heridas crónicas

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	110	96%
No	5	4,35%
Total	115	100%

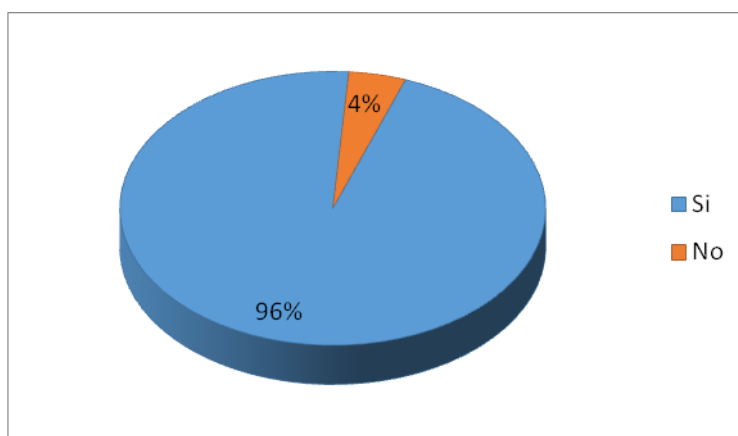


Figura 9. Conocimiento sobre los factores de riesgo para la aparición de heridas crónicas. Tomado de encuesta al cliente interno

El 96 % de los encuestados considera que la inmovilidad, la nutrición, la alteración del nivel de conciencia y la humedad son factores de padecer alguna herida crónica frente al 4% que su respuesta fue no.

Cabe indicar que la inmovilidad, la mala nutrición, la alteración del nivel de consciencia si son factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión siendo estas heridas con mayor incidencia en el área hospitalaria.

2. ¿Es conveniente dar un masaje en aquella zona enrojecida de una prominencia ósea que ha sido afectada por la presión?

El objetivo de esta pregunta es determinar el cuidado de las prominencias óseas en un paciente con zonas de presión.

Tabla 15
Conocimiento sobre cuidados de prominencias óseas

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	41	36%
No	74	64,35%
Total	115	100%

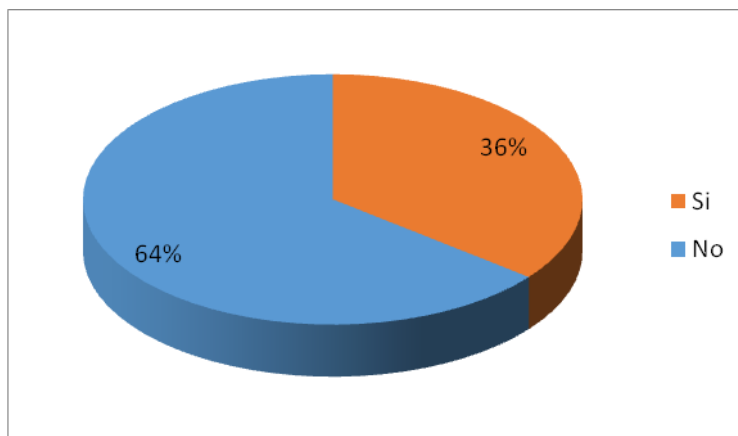


Figura 10. Conocimiento sobre cuidados de prominencias óseas. Tomado de encuesta al cliente interno

El 64 % responde que no es conveniente dar un masaje en aquella zona enrojecida de una prominencia ósea que ha sido afectada por la presión y el 36% responde que si se debería de aplicar este cuidado.

Es importante tener conocimiento sobre no aplicar masajes en las prominencias óseas debido a esto el 64% acertó y el 36% contestó incorrecto a esta interrogante.

3. ¿Es aconsejable aplicar colonias, alcoholes (romero, alcanforados...) sobre la piel de los pacientes geriátricos para refrescarles al momento de la higiene?

La interrogante expresada permite identificar los cuidados de la piel e higiene con soluciones refrescantes a pacientes hospitalizados.

Tabla 16

Conocimiento sobre la aplicación de soluciones refrescantes en la piel

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	26	23%
No	89	77,39%
Total	115	100%

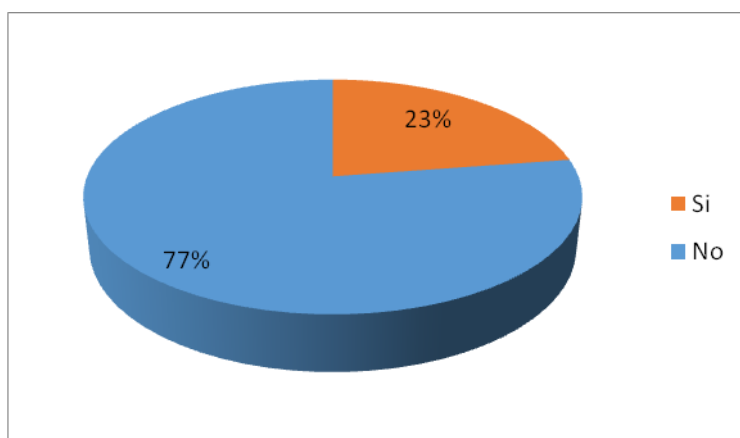


Figura 11. Pregunta 3: Conocimiento sobre la aplicación de soluciones refrescantes en la piel. Tomado de encuesta al cliente interno

El 77 % responde que no es aconsejable aplicar colonias, alcoholes (romero, alcanforados...) sobre la piel de los pacientes geriátricos para refrescarles al momento de la higiene frente al 23 % que objeta contestando que si se debe de aplicar este cuidado.

La aplicación de colonias, alcoholes en la piel propensa el riesgo de padecer lesiones en la piel debido a esto el 77% de los encuestados contestaron acertadamente esta pregunta.

4. Al elevar la cabecera de la cama más de 30 ° ¿Potencia el riesgo de aparición de úlceras por presión?

Esta cuarta pregunta reconoce el conocimiento del personal salud en relación a los grados de altura del espaldar en un paciente con riesgo de sufrir una úlcera por presión.

Tabla 17
Conocimiento sobre el grado de elevación de la cama

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	60	52%
No	55	47,83%
Total	115	100%

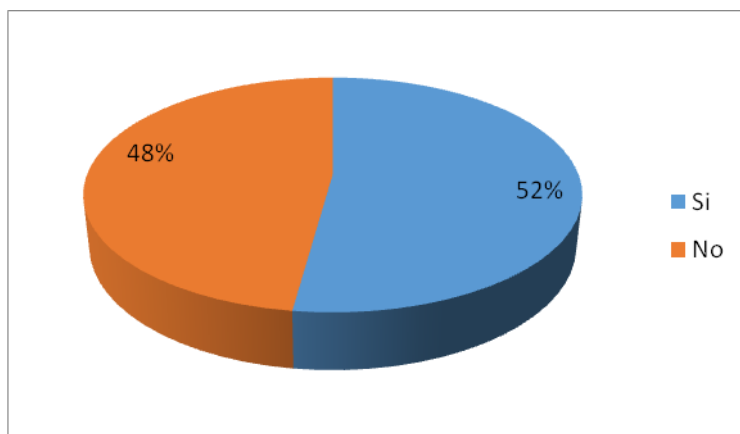


Figura 12. Conocimiento sobre el grado de elevación de cama. Tomado de encuesta al usuario interno

El 53 % de los encuestados refieren que al elevar más de 30 ° la cama si potencia el riesgo de aparición de úlceras por presión, frente a la respuesta del no que fue del 47%.

Es importante destacar que aumentar más de 30 grados la cama, potencia el riesgo de sufrir úlcera por presión debido a esto el 53% contesto correctamente a diferencia del 47% contesto incorrectamente esta interrogante.

5. ¿Es recomendado el uso de “flotadores”, “roscos” en zona sacra para evitar las úlceras por presión?

El objetivo de esta pregunta es conocer las medidas de protección que utiliza el personal en los pacientes con riesgo de lesión.

Tabla 18
Conocimiento sobre el uso de medidas de protección

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	89	77%
No	26	22,61%
Total	115	100%

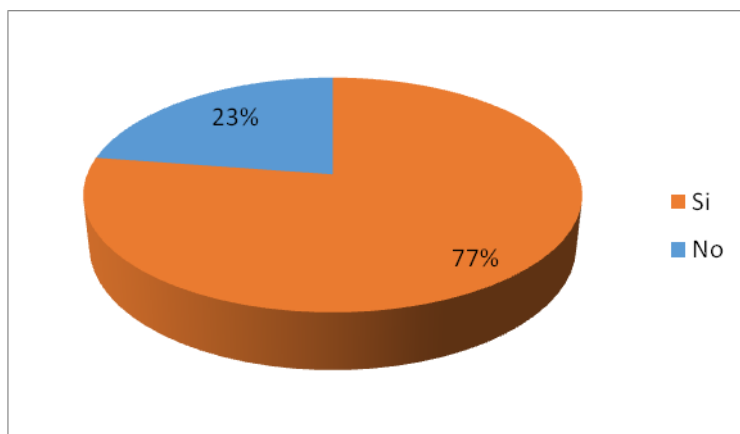


Figura 13 .Conocimiento sobre el uso de medidas de protección. Tomado de encuesta al cliente interno

El 77% de los encuestados respondieron que si es correcto el uso de roscones, flotadores para evitar las úlceras por presión, frente al 23 % que contestaron que no se debería de utilizar estas medidas.

En esta pregunta existe un gran desconocimiento sobre el uso de roscones y flotadores debido a que está en desuso la utilización de estas medidas debido a esto el 77% contesto incorrecto frente al 23% contesto acertadamente.

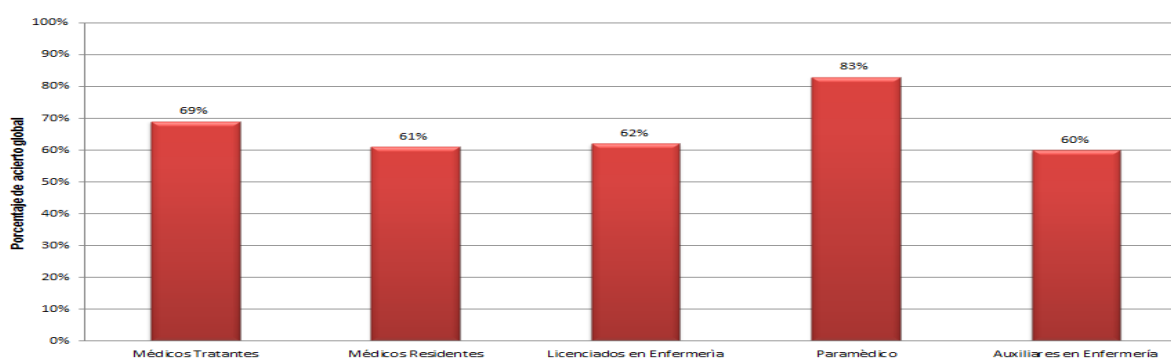


Figura 14. Acierto global de medidas de prevención en las heridas crónicas por profesión. Tomado de encuesta al cliente interno.

El personal de paramédicos tienen mayor conocimiento y aplicación de medidas de prevención para evitar la formación de heridas crónicas con un 83%, seguidas de los Médicos Tratantes 69%, los profesionales de Enfermería alcanzaron el 62% pero sin mucha diferencia el grupo de Médicos Residentes con el 61% y finalmente el personal auxiliar presentaron aciertos del 60%.

Resultado del tratamiento de las heridas

¿Cuál es el promedio mensual de curaciones de heridas que usted trata?

Esta pregunta permite identificar el número aproximado de curaciones que realiza el personal de salud en un mes.

Tabla 19
Promedio mensual de curaciones

Opción	Cantidad	Porcentaje
1 a 5	42	37%
6 a 10	17	15%
10 a 20	18	16%
más de 20	38	33%
Total	115	100%

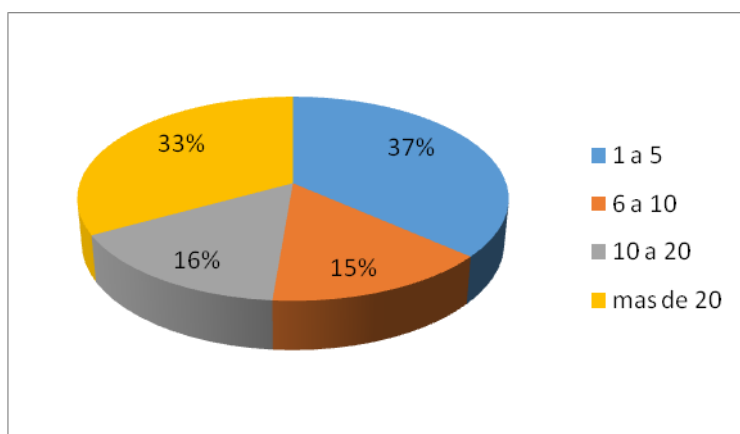


Figura 15. Promedio de número de curaciones mensuales que realiza el personal sanitario. Tomado de encuesta al cliente interno.

El 37 % de los encuestados refieren que realizan de una a cinco curaciones durante un mes, seguido sin mucha diferencia el 33% confirma que ejecuta mas de 20 curaciones mensuales, a continuación el 16 % de profesionales indica que su promedio es de 10 a 20 curaciones en un mes y se finaliza con el 15% de los encuestados que afirma de seis a diez curaciones en el mes de trabajo.

¿Cuál de estos tipos de heridas crónicas usted realiza curaciones con mayor frecuencia?

El objetivo de esta pregunta es verificar que tipos de heridas el personal de salud realiza mayores curaciones en su servicio.

Tabla 20
Tipo de heridas más frecuentes identificadas por el personal de salud

Opción	Cantidad	Porcentaje
Úlceras por presión	43	34%
Úlceras varicosas	5	4%
Pie diabético	39	31%
Otras	38	30%
Total	125	100%

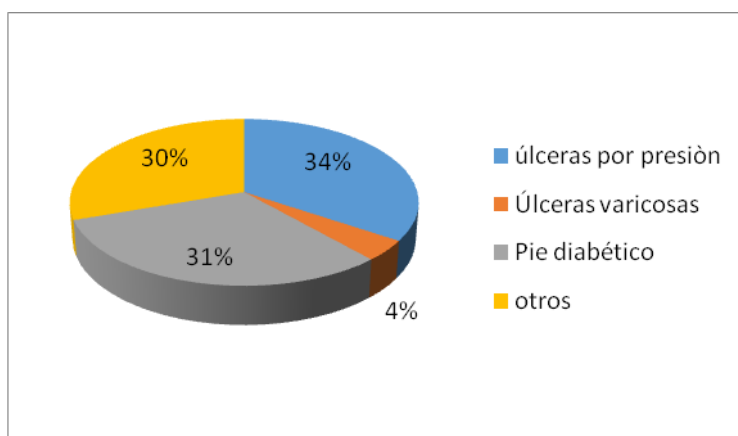


Figura 16. Tipo de heridas más frecuentes identificadas por el personal de salud. Tomado de encuesta al cliente interno

El 34 % de los encuestados indican que las heridas crónicas con mayor frecuencia son úlceras por presión, seguidas del 31% por las heridas de pie diabético, sin dejar de lado al 30% herida de otra etiología como son quemaduras, heridas quirúrgicas y finalmente el 4% corresponde a las úlceras varicosas.

6. ¿Suele estar contaminada la mayor parte de las heridas crónicas?

Gracias a esta pregunta el personal de salud sabe una de las características principales de las heridas crónicas.

Tabla 21
Conocimiento de contaminación de las heridas crónicas

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	104	90%
No	11	9,57%
Total	115	100%

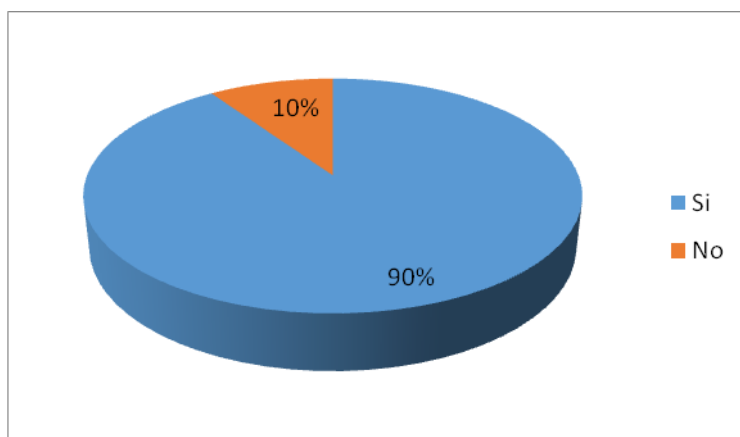


Figura 17. Conocimiento sobre contaminación de las heridas crónica. Tomado de “Encuesta al cliente interno”

El 90 % del personal encuestado afirmó que la mayor parte de las heridas crónicas se encuentran contaminadas, objetando el 10 % con su respuesta negativa.

La mayor parte de las heridas se encuentran contaminadas debido a esto el 90% tiene conocimiento sobre una de las características de las heridas crónicas y el 10% desconoce esta característica.

7. ¿Sería la povidona iodada un tratamiento de primera elección para la cura de las heridas crónicas?

Esta pregunta permite identificar si se continúa utilizando povidona iodada al tratar una herida crónica.

Tabla 22
Conocimiento sobre utilizar povidona iodada para la cura de las heridas crónicas

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	40	35%
No	75	65,22%
Total	115	100%

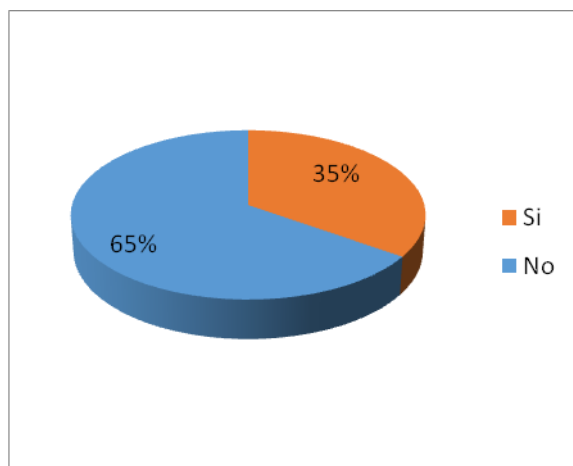


Figura 18. Conocimiento sobre utilizar povidona iodada para la cura de las heridas crónicas

Tomado de “Encuesta al cliente interno”

El 65% responde que no se debe de utilizar povidona iodada en una herida crónica, mientras que el 35 % responde que si se debe utilizar povidona iodada en la herida crónica.

Cabe indicar que el 65% contestaron correctamente en no utilizar povidona iodada debido a que la solución salina 0.9% es de mejor elección, pero existe gran porcentaje del 35% que indica que si se debe de utilizar dicha solución lo cual es incorrecto.

8. ¿Se puede saber el estadio o grado de una úlcera sin haber eliminado previamente el tejido necrótico?

Esta pregunta permite conocer la correcta valoración que realice el personal de salud para identificar el estadio de la úlcera.

Tabla 23

Conocimiento sobre valoración de estadio de úlcera

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	20	17%
No	95	82,61%
Total	115	100%

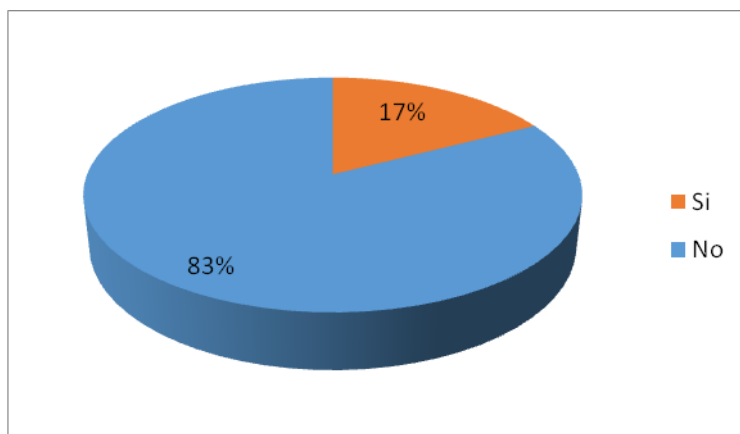


Figura: 19. Conocimiento sobre valoración de estadio de úlcera. Tomado de encuesta al cliente interno. El 83% responde que no se puede valorar el estadio sin haber eliminado el tejido

necrótico, mientras que el 17 % contesta que si se puede valorar el estadio con presencia de tejido necrótico.

Es necesario indicar que el 83% de los encuestados contestaron acertadamente en relación a que si se debe de retirar el tejido necrótico para valorar el estadio de la úlcera.

9. Cuando se habla de cura en “ambiente húmedo” ¿nos referimos a gasas humedecidas con suero fisiológico y en algunas ocasiones con una pequeña cantidad de povidona iodada?

El objetivo de esta pregunta es conocer si el personal de salud identifica la curación avanzada o llamada también curación en ambiente húmedo.

Tabla 24

Identificación de curación avanzada o curación en ambiente húmedo

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	64	56%
No	51	44,35%
Total	115	100%

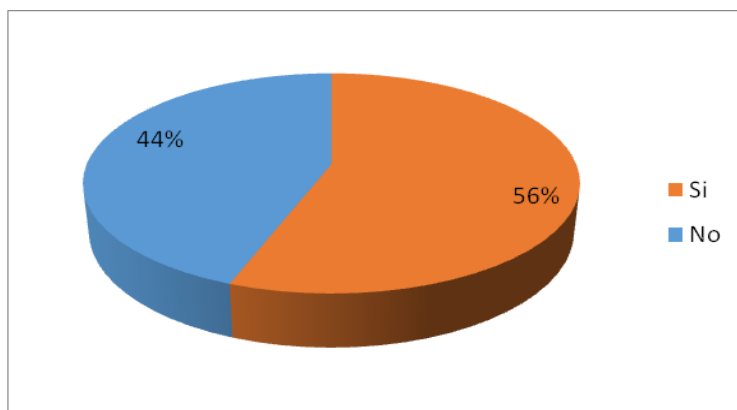


Figura 20. Identificación de curación avanzada o ambiente húmedo. Tomado de encuesta al cliente interno

El 56 % de los profesionales de la salud del hospital General HOSNAG responde que sí es el ambiente húmedo en referencia a gasas humedecidas con solución salina y el 44 % contestó que esta característica no se refiere al ambiente húmedo.

El 56% se equivocó en la respuesta debido a que el ambiente húmedo se utiliza apósitos activos y sus curaciones son más espaciadas, el 44% contestó correctamente esta interrogante.

10. ¿Es necesario tener en cuenta la cantidad de exudado de una herida para la elección de un apósito?

Tabla 25

Conocimiento sobre selección de apósito de acuerdo al exudado

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	104	90%
No	11	9,57%
Total	115	100%

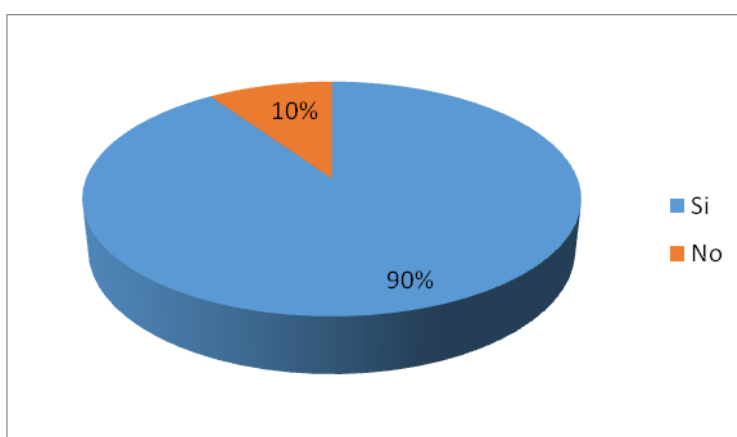


Figura 21. Selección de apósito de acuerdo a exudado. Tomado de "Encuesta al cliente interno"

El 90 % de los encuestados indican que si depende del exudado de una herida se utiliza el apósito activo y el 10 % discrepan esta interrogante contestando no.

La mejor elección de los apósitos activos en la curación avanzada depende del exudado de la herida de la herida crónica, con esta interrogante se determina que el 90% contestó acertadamente y el 10% difirio en su respues contestad que no ,

11. ¿El método más indicado para diagnosticar la infección de una herida sería la obtención de muestras mediante hisopo o torunda?

Tabla 26
Conocimiento para diagnosticar la herida infectada.

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	70	61%
No	45	39,13%
Total	115	100%

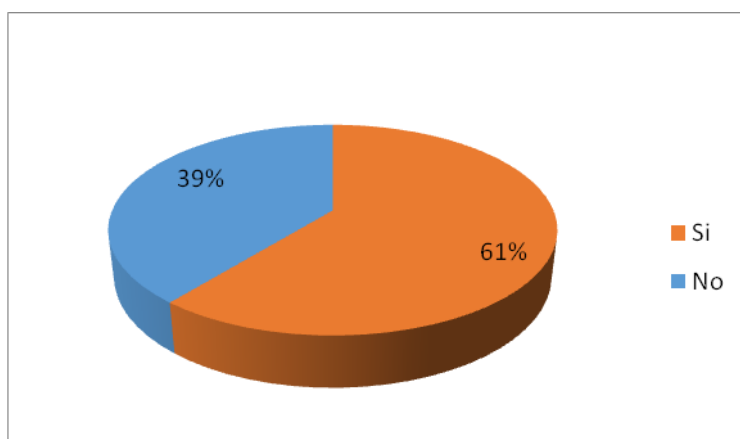


Figura 22. Conocimiento para diagnosticar la herida infectada. Tomado de encuesta al cliente interno.

El 61% contestó que si se debe realizar la toma de muestra mediante hisopo o pala para diagnosticar una herida infectada , mientras que el 39 % contestaron que no se debe de realizar este procedimiento.

12. ¿Es conveniente la aplicación de antibióticos tópicos en las heridas con signos de infección?

Tabla 27
Aplicación de antibióticos tópicos

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	76	66%
No	39	33,91%
Total	115	100%

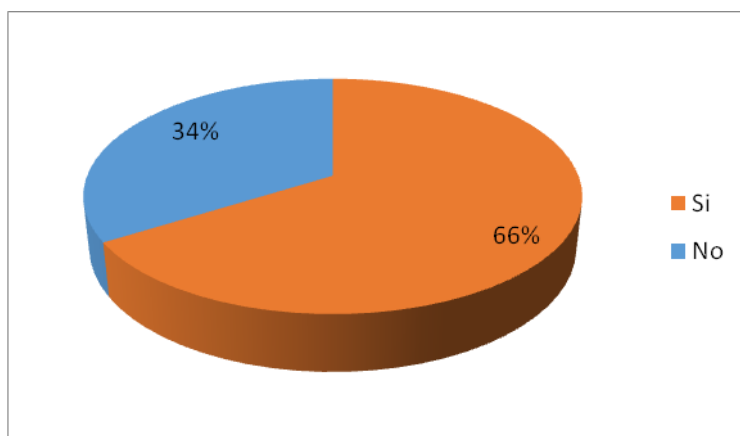


Figura 23. Aplicación de antibiótico tópicos. Tomado de encuesta al cliente interno

El 66 % respondió que, si se necesita la aplicación de antibiótico tópico en todas las heridas infectadas, mientras que el 34 % piensa que no es indispensable.

El 66% contesta incorrecta debido a que no es necesario la aplicación de antibióticos tópico en todas las heridas infectadas y el 34% contestó correctamente esta interrogante porque de gran utilidad se puede usar apósitos de plata.

13. ¿Estaría indicado usar colagenasa (Irujol®) en una herida con tejido desvitalizado: esfacelos, fibrina, necrosis...?

El objetivo de esta interrogante es verificar como es el uso de este producto en las heridas crónicas con esfacelos, fibrinas y necrosis

Tabla 28
Conocimiento de uso adecuado de colagenasa.

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	72	63%
No	43	37,39%
Total	115	100%

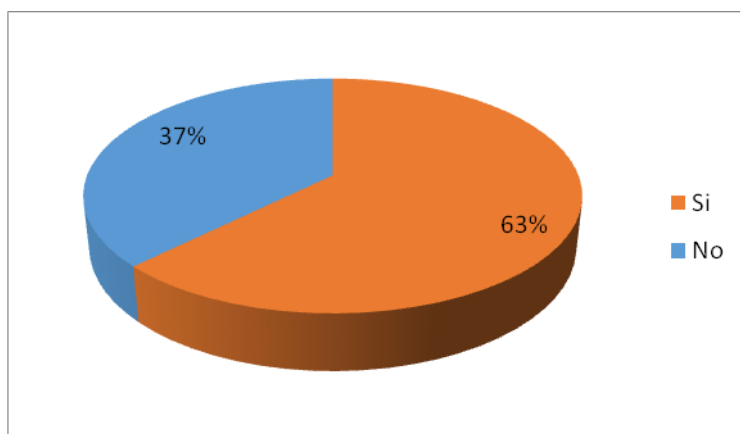


Figura 24. Conocimiento de uso adecuado de colagenasa. Tomado de encuesta al cliente interno

El 63% piensa que sí de debe de aplicar la colagenasa en el tejido desvitalizado, por lo contrario unicamente el 37 % contestó en el no uso de este producto en el tejido devitalizado.

El uso adecuado de la colagenasa se lo realiza en el proceso de granulación de la herida crónica, debido a esto el 63% contestó equivocadamente y el 37 acertó en la interrogante.

14. ¿Son los apósitos de plata una buena elección para las heridas con signos de infección?

Tabla 29
Conocimiento sobre el uso del apósito activo de plata

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	86	75%
No	29	25,22%
Total	115	100%

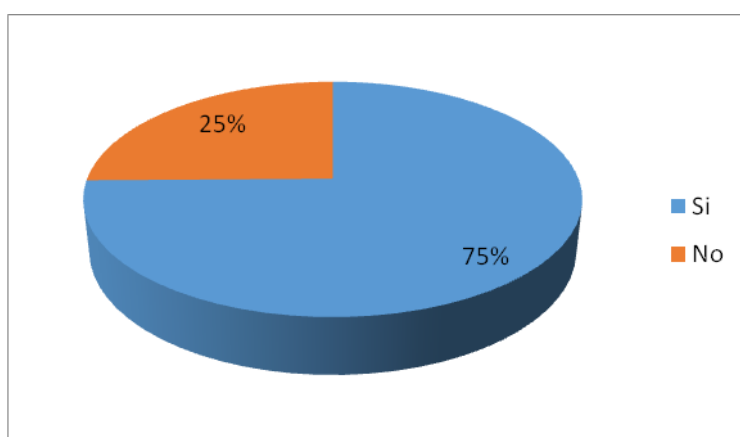


Figura 25. Conocimiento sobre el uso del apósito de plata. Tomado de encuesta al cliente interno

El 75 % responde que el apósito de plata si es una buena elección en las heridas con signos de infección pero el 25% indica que no se debe de usar este apósito en estas heridas infectadas.

Tiene conocimiento sobre el adecuado uso del apósito de plata en las heridas crónicas con signos de infección mientras que el 25% contradicen erróneamente esta teoría.

¿Sabiendo que la curación avanzada es mediante un ambiente húmedo con apósitos y productos activos y su frecuencia de curación es cada 3 o 2 días, y la curación tradicional es con solución salina y gasa, usted en su área que tipo de curación realiza?

Esta interrogante permite conocer el tipo de curaciones que realiza los encuestados a los pacientes con heridas crónicas previamente informando los conceptos de cada curación como es la tradicional y avanzada.

Tabla 30
Tipo de curación que realiza el personal encuestado

Opción	Cantidad	Porcentaje
Curación tradicional	95	83%
Curación avanzada	20	17,00%
Total	115	100%

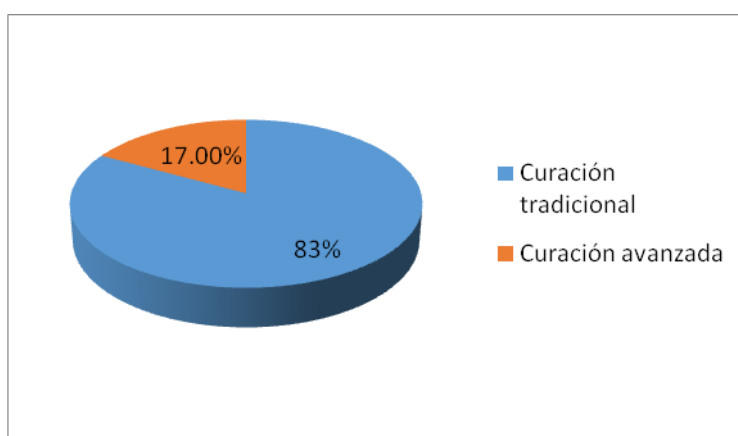


Figura 26. Tipo de curación que realiza el personal de salud encuestado

El 83% de los encuestados realizan curación tradicional mientras que el 17% realizan curaciones avanzadas o llamada también bajo ambiente húmedo

Análisis e interpretación de los resultados de la encuesta relacionada a la prevención y tratamiento de las heridas crónicas

En lo referente al análisis del conocimiento y aplicación de medidas preventivas se observó que la interrogante con mayor acierto global ha sido en relación a la identificación de los factores de riesgo para la formación de la herida crónica con un acierto global de 96%, en cambio en la aplicación de las medidas de prevención existió un error que alcanzo el 77% en relación a esta interrogante. El acierto global de todos los profesionales en la prevención de las heridas es del 67% superando el 50%, se apreció un mejor resultado a las interrogantes por parte del personal de paramédicos con un acierto del 83% vs al personal de auxiliares de enfermería que fue el 60% en respuestas correctas en esta categoría. Así se demuestra en la figura 27 donde se identifica el acierto global por profesión. En lo que se refiere al conocimiento y tratamiento el acierto global de los encuestados es del 62%, las preguntas con mayor porcentaje de acierto global fue de 90% definiendo que la mayor parte de las heridas crónicas se encuentran infectadas así como también la pregunta relacionada a identificar el estadio de la herida crónica con el porcentaje de 83%; sin embargo, se observa que el personal de salud presenta menores aciertos globales en el tratamiento de las heridas en ambiente húmedo 44% así como también en la aplicación de antibiótico tópico 34%, uso adecuado de la colagenesa 37% , conocimiento en la toma de muestra para diagnosticar una herida infectada 39%, a pesar que existió un acierto en el uso de los apósitos de plata con el 75%. Con este análisis se demuestra que el personal de salud tiene un alto conocimiento en el diagnóstico de las heridas pero en relación al tratamiento de las heridas crónica existe bajo conocimiento sobre el tema, adicional el 83% refiere que en su área de trabajo realiza curación tradicional en las heridas crónicas frente al 17% que indican realizar curación avanzada.

Se realizó también un análisis del conocimiento y aplicación de los mismos por profesión donde se observa que el personal con mayor aciertos son los profesionales en enfermería con un 63%, a diferencia del 53% de menores aciertos por parte del personal de paramédicos; cabe indicar, que este grupo de profesionales su labor principal es la atención de emergencia y transporte de paciente críticos en el área de emergencia. Así se demuestra en la figura 26 donde se identifica los aciertos globales por profesión.

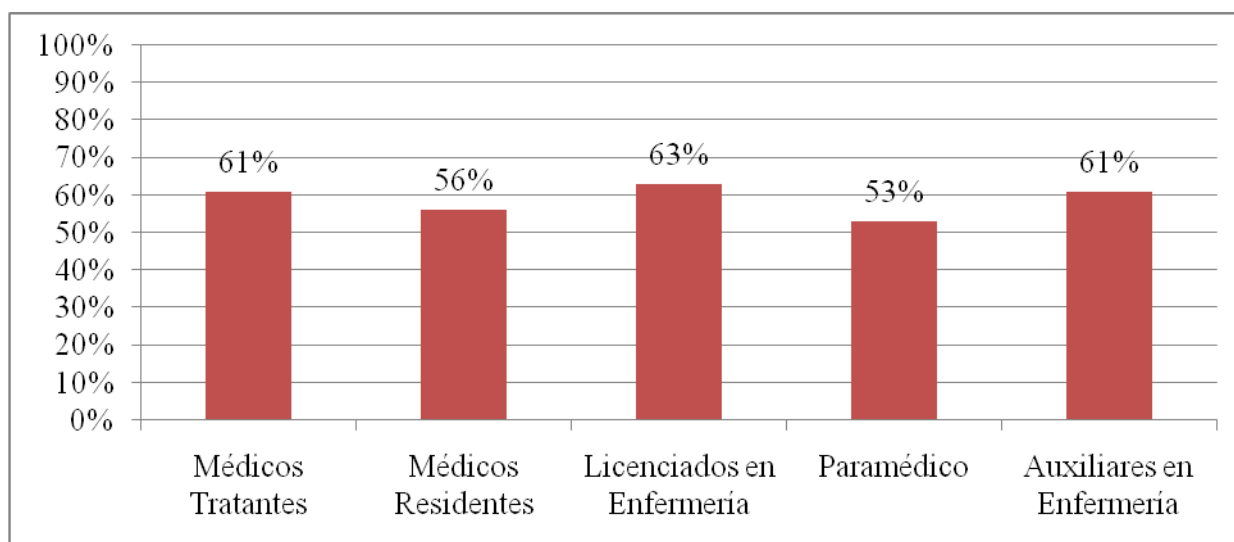


Figura 27. Aciertos globales en relación al tratamiento de las heridas por profesión.

El personal de profesionales de Enfermería resulto tener mayor conocimiento global y aplicación de medidas en el tratamiento de las heridas crónicas con un 63% de aciertos, seguidas de los Médicos Tratantes y Auxiliares de Enfermería con 61% cada uno, el personal de Médicos Residentes alcanzaron el 56% pero sin mucha diferencia el personal de salud que cumple funciones de paramédicos presentaron aciertos de 53%.

Resultado de grado de satisfacción en el servicio

15. ¿Encuentra dificultades en la aplicación de sus conocimientos sobre este tema en el servicio?

Esta interrogante tiene como objetivo verificar el porcentaje de personal de salud que tiene problemas para aplicar los conocimientos en los diferentes servicios relacionados al tratamiento de las heridas crónicas.

Tabla 31

Dificultad en el servicio para aplicación de los conocimientos del personal de salud

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	46	40%
No	69	60%
Total	115	100%

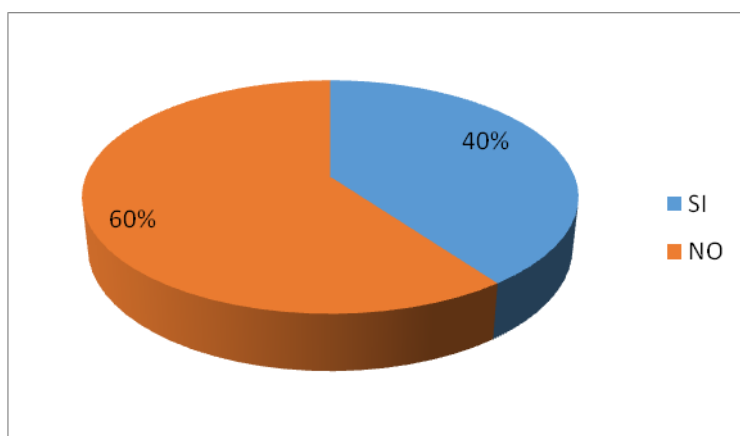


Figura 28. Dificultad en el servicio para aplicación de los conocimientos del personal de salud. Tomado de encuesta al cliente interno.

El 60 % del personal de salud no tiene dificultad para aplicar sus conocimientos en los diferentes servicios, mientras tanto el 40% refiere encontrará dificultades para la aplicación de sus conocimientos.

16. ¿Posee el servicio los recursos necesarios para la prevención y tratamiento de las heridas?

Esta interrogante permite identificar si las áreas poseen los recursos necesarios para el tratamiento de las heridas.

Tabla 32

Necesidad de recursos para la prevención y tratamiento de las heridas

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	44	38%
No	71	61,74%
Total	115	100%

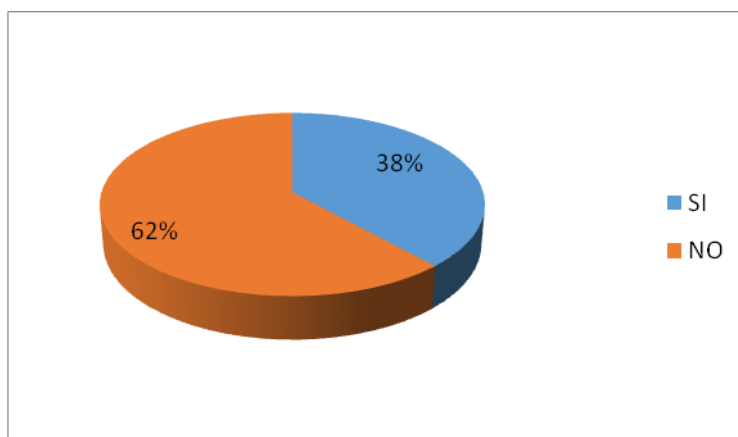


Figura 29. Necesidad de recursos para la prevención y tratamiento de las heridas. Tomado de encuesta al cliente interno.

El 62% del personal de salud indica que en servicio no existen los recursos necesarios para el tratamiento y prevención de las heridas crónicas en cambio el 38% responden que existen los recursos necesarios.

17. ¿Hay algún protocolo de prevención y/o tratamiento para las heridas crónicas en su centro de trabajo?

Esta interrogante permite conocer si el tratamiento de las heridas crónicas se las realiza bajo protocolos establecidos por el Hospital.

Tabla 33

Existencia de protocolos para el tratamiento y prevención de heridas crónicas

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	30	26%
No	85	73,91%
Total	115	100%

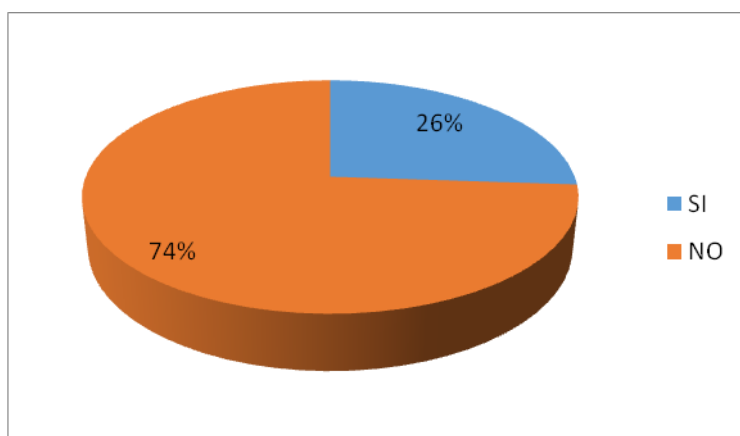


Figura 30. Existencia de protocolos para el tratamiento y prevención de heridas crónicas. Tomado de encuesta al cliente interno.

El 74% establece que no existe protocolos para el tratamiento y prevención de heridas crónicas mientras tanto el 26% indica que si hay estos protocolos.

18. ¿Existe alguna comisión o unidad especial en su centro que se dedique al monitoreo y/o asesoramiento de las heridas crónicas?

Esta interrogante da a conocer la presencia de una comisión o unidad relacionado al tratamiento y prevención de las heridas crónicas en el Hospital

Tabla 34
Presencia de comisión o unidad en el Hospital

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	14	12%
No	101	87,83%
Total	115	100%

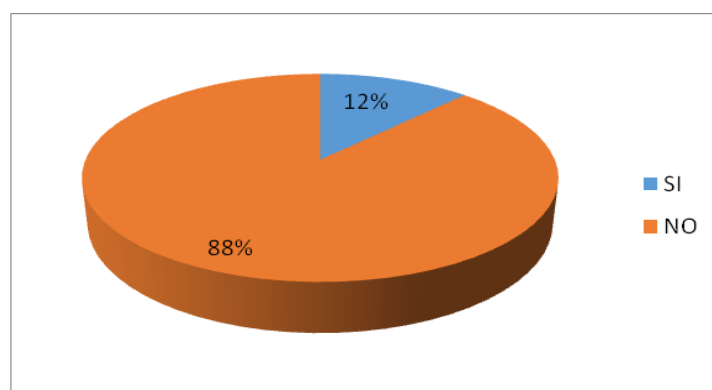


Figura 31. Presencia de comisión o unidad en el Hospital. Tomado de encuesta al cliente interno.

El 88% de los encuestados indican que no conocen la unidad o comisión relacionado al tratamiento y prevención heridas dentro del Hospital al contrario el 12 % refiere que si hay la presencia de esta unidad o comisión en el hospital.

19. ¿Ha participado en alguna investigación, estudio o trabajo relacionado con las heridas crónicas?

Gracias a esta interrogante se puede identificar el interés del personal de salud y del Hospital en la investigación y docencia en relación a las heridas crónicas.

Tabla 35

Participación del personal de salud en trabajos de investigación

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	3	3%
No	112	97,39%
Total	115	100%

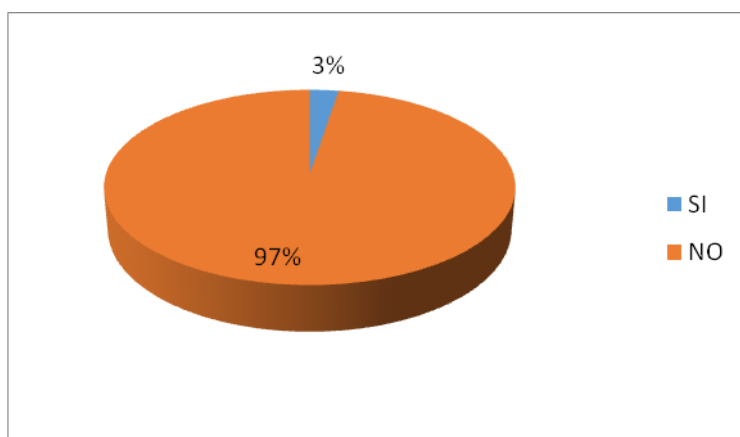


Figura 32. Participación del personal de salud en trabajos de investigación. Tomado encuesta al cliente interno

El 97 % del personal de salud encuestado refiere que no ha participado en un trabajo investigativo relacionado a las heridas, mientras que el 3 % refiere que si ha participado.

20. ¿Cree que enfermería tiene un papel clave en la prevención y el tratamiento de las heridas?

El objetivo de esta pregunta es identificar la credibilidad que tienen el personal de salud encuestado en la participación del personal de enfermería sobre el tratamiento y prevención de las heridas crónicas.

Tabla 36
Credibilidad del personal de enfermería sobre el tema de las heridas crónicas

Opción	Cantidad	Porcentaje
Si	106	92%
No	9	7,83%
Total	115	100%

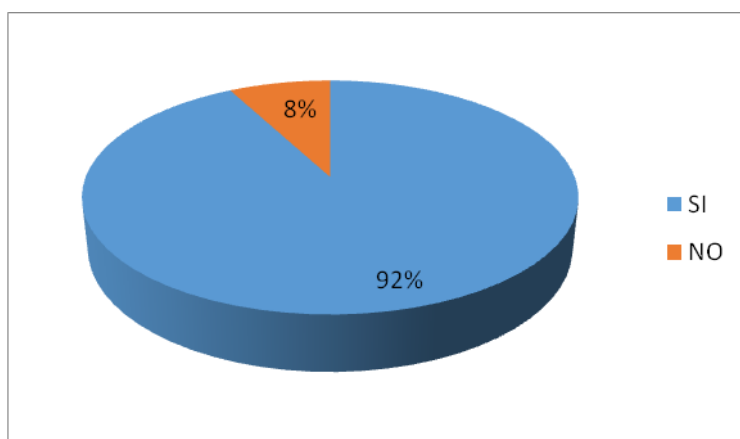


Figura 33. Credibilidad del personal de enfermería sobre el tema de las heridas crónicas

El 92% del personal de salud piensa que el personal de enfermería tiene un papel muy importante en la prevención y tratamiento de las heridas crónicas, mentas que el 8% refiere que no tiene un papel importante sobre este tema.

Análisis e interpretación de los resultados de la encuesta relacionada al grado de satisfacción del personal de salud en relación a la prevención y tratamiento de las heridas crónicas.

El objetivo de la encuesta es identificar el grado de bienestar del personal de salud en relación al tratamiento y prevención de las heridas crónicas que se ha venido realizando en los servicios de Hospitalización, Emergencia y Terapia Intensiva, así como también identificar el interés de los profesionales sobre este tema de investigación y se demostró que el 60% del personal encuestado piensa que existen dificultades para la aplicación de sus conocimientos en su servicio, debido a que consideran que no existen los recursos necesarios

para el adecuado tratamiento y prevención de las heridas crónicas, así como también expresa el 74% que no existe protocolos siendo la herramienta fundamental en la estandarización de los procedimientos en el hospital, el 88% señalan que no existe una comisión especializada en el este tema de las heridas por ende se identifica la necesidad de una área que brinde este servicio a los pacientes que se encuentran hospitalizados, únicamente el 3% ha participado en investigaciones de heridas pero manifestando que no ha sido en la institución, dando a entender que la educación e investigación sobre este tema ha sido de poco interés, mayoritariamente, el 92% proponen que el personal de enfermería tiene un papel clave en la prevención, tratamiento y seguimiento de las heridas crónicas demostrando que el personal de enfermería tiene una gran credibilidad sobre este tema, por lo antes expresado se demuestra en la figura 34 la síntesis del grado de satisfacción en las áreas de hospitalización, Emergencia y Terapia Intensiva en el Hospital General HOSNAG.

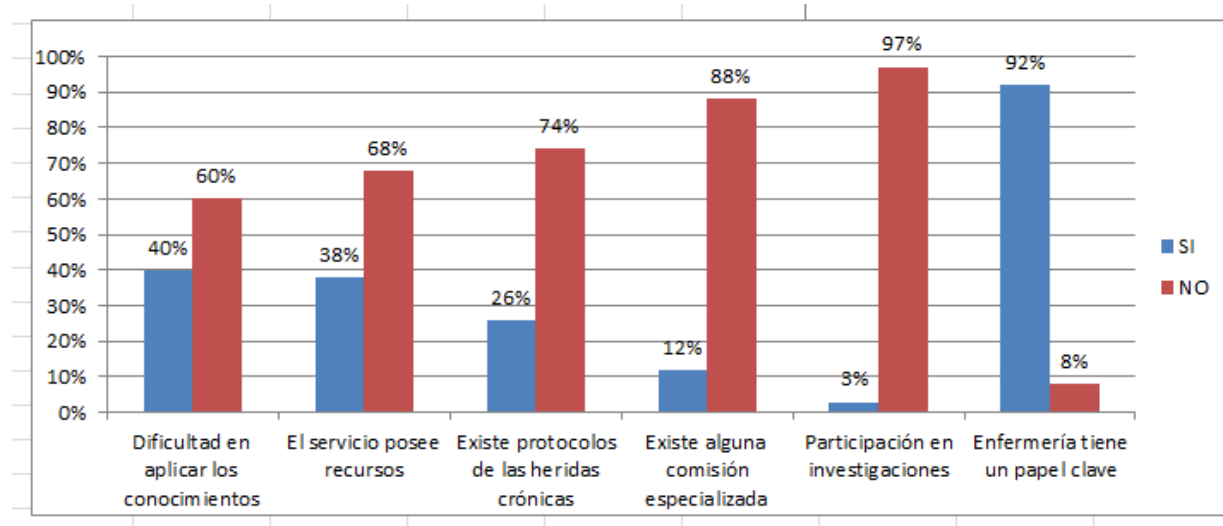


Figura 34. Porcentaje de satisfacción sobre las heridas crónicas. Tomado de encuesta al cliente interno.

El 60% indican que tienen dificultad en aplicar de sus conocimientos, el 68% expresan que el servicio no posee los recursos suficientes para brindar una correcta curación, el 74% expresan que no existe protocolos sobre las heridas, el 88% indican que en el Hospital no existe una comisión especializada, el 97% no ha participado en investigaciones de las heridas

y únicamente el 8% expresan que el personal de enfermería no tienen papel clave en la prevención y tratamiento de heridas crónicas frente al 92% que expresan lo contrario.

Metodología de Revisión de Historias clínicas

Para medir la estancia hospitalaria en relación a las heridas crónicas en las áreas de Hospitalización, Emergencia y Terapia Intensiva en el Hospital General HOSNAG, se realizó un estudio transversal descriptivo, de cohorte retrospectivo. La fuente de muestreo y análisis fue la historia clínica (HC) donde se determinan las siguientes variables: grupo etario, diagnóstico principal, tipo de herida crónica, servicio interconsultado, tipo de curación, días de estancia hospitalaria, desenlace de tratamiento.

Como instrumento para recolectar la información se diseñó una ficha de registro con las variables antes descritas la cual fue elaborada por el autor de este estudio, esta información se ingresó en la base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel 2000, para luego realizar el análisis estadístico en número, porcentajes expresado en gráficos estadísticos.

Universo de estudio

Selección, inclusión de muestra del objeto de estudio:

Se realizó la revisión de las HC de los pacientes atendidos en el periodo mayo del 2016 hasta mayo del 2017 en los servicios de Terapia Intensiva, Hospitalización (Clínica, Traumatología) y Emergencia. Se solicitó al área de estadística la nómina de las historias clínicas que ingresaron al Hospital con los siguientes diagnósticos: diabetes mellitus insulino dependientes, diabetes mellitus no insulino dependiente, secuelas de enfermedades cerebrovasculares, politraumatismos, úlceras de piel, úlcera de cadera, úlcera de miembros inferiores varicosa, amputación, así como también, se consideró a los pacientes con mayor de 15 días de hospitalización.

Criterio de exclusión de las Historias clínicas.- se excluyó en el estudio historias clínicas que se encuentran en auditoría médica, historias clínicas que no hayan ingresado con

los diagnósticos médicos antes descrito, historias clínicas que no se encuentra la documentación completa e historias clínicas que se encuentran los pacientes aun en periodo de estancia hospitalaria.

Aspecto ético.- Se solicitó a las autoridades del Hospital general HOSNAG el permiso correspondiente para la revisión de las historias clínicas según la necesidad del estudio, indicando que la información obtenida es estrictamente confidencial y no se darán a conocer a nadie, sino únicamente en resumen estadísticos que no permite deducir información individual.

Resultado de revisión de historias clínicas

Se revisaron un total de 98 historias clínicas de pacientes que ingresaron a los servicios de Emergencia, Hospitalización y Terapia Intensiva del hospital General HOSNAG, la recolección de datos fue realizada las tres primeras semanas del mes de agosto de 2017 en donde se pudo demostrar que el 53% de las historias clínicas revisadas fueron del área de Hospitalización y con menor historias clínicas seleccionadas fue del área de Terapia Intensiva como se demuestra en la figura 35 la distribución de las historias clínicas revisadas.

Tabla 37
Distribución de historias clínicas por servicio

Opción	Cantidad	Porcentaje
Terapia Intensiva	10	10%
Emergencia	36	37%
Hospitalización	52	53%
Total	98	100%

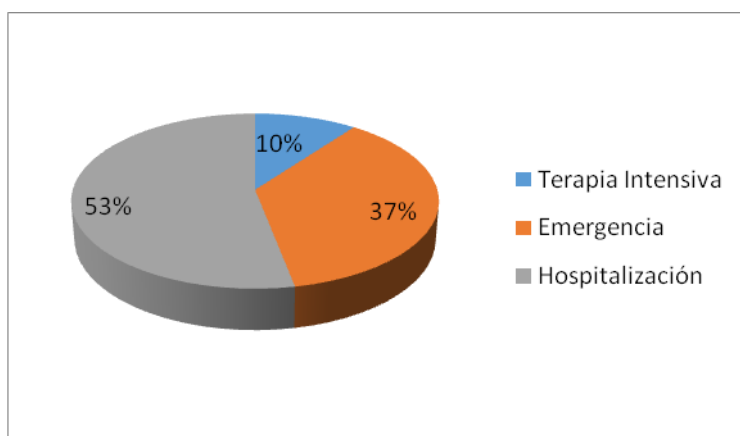


Figura 35. Distribución de historias clínicas revisadas. Tomado del Departamento de Admisión y Estadística del Hospital General HOSNAG.

El 53 % de las historias clínicas revisadas pertenecen al área de Hospitalización mientras que el 37% fueron del servicio de Emergencia y para finalizar el 10% se consideraron del área de Terapia Intensiva

Considerando el objetivo del proyecto de investigación se evidencio 53 historias clínicas correspondientes a pacientes de género masculino y 45 de género femenino, el grupo etario con mayor participación fue de 50 a 64 años con 62 HC, entre de 20 a 49 años existió 10 HC, y un grupo etario con más de 65 años se observaron 26 HC.

Los resultados se agrupo en las siguientes variables: diagnósticos de ingreso, con mayor índice corresponde al 33% diabetes mellitus no insulino dependiente, en segundo lugar el 18% úlceras varicosas y el diagnostico con menor prevalencia se encuentran neumonía y diabetes mellitus insulino dependiente cada uno con 12 %, como se demuestra en la figura 36 que se estable los diagnósticos médicos de ingreso.

Tabla 38
Distribución de historias clínicas por diagnóstico de ingreso

Variable	Cantidad	Porcentaje
Neumonía	12	12%
Crisis hipertensiva	8	8%
Diabetes mellitus insulino dependiente	12	12%
Diabetes mellitus no insulino dependiente	32	33%
Secuelas de enfermedades cerebro vasculares	4	4%

Úlcera por presión	4	4%
Úlcera varicosa	18	18%
Úlcera de pie	6	6%
Otros	2	2%
Total	98	100%

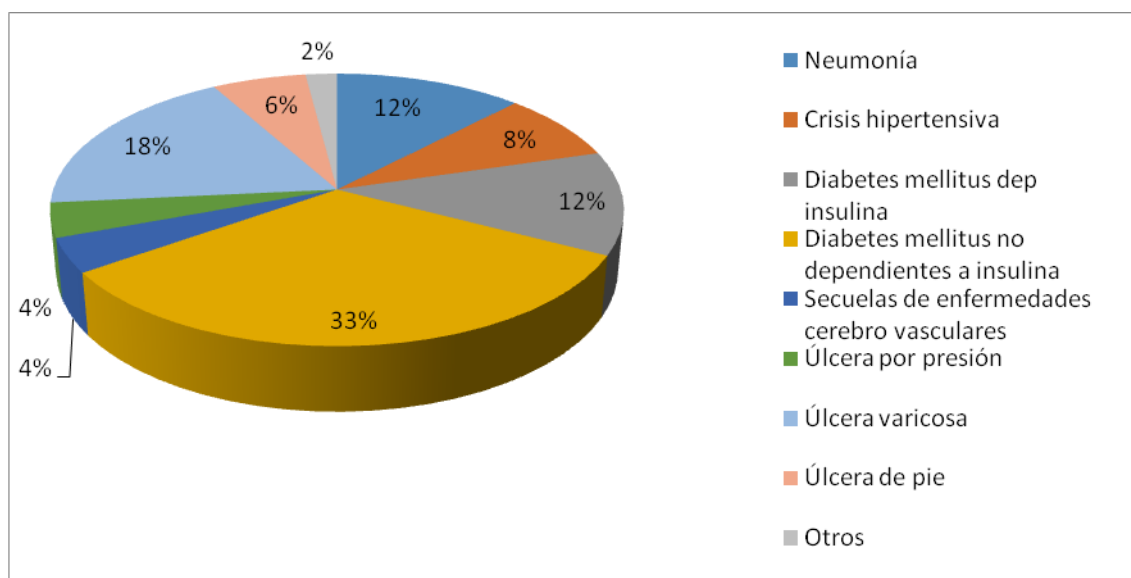


Figura36. Porcentaje de diagnósticos médicos de ingreso hospitalario en relación a heridas crónicas en las áreas de Hospitalización, Emergencia y Terapia Intensiva. Tomado de "Revisión de historias clínicas".

El 33 % de los pacientes identificados con heridas crónicas fueron admitidos al Hospital con el diagnóstico de diabetes mellitus no insulino dependiente, seguido del 18% úlceras varicosas, el 12 % los diagnósticos diabetes mellitus insulino dependiente y neumonía cada uno, el 8% crisis hipertensiva, 6% úlcera de pie, el 4% los diagnósticos úlceras por presión y secuelas de enfermedades cerebro vasculares cada uno, al final el 2% otras enfermedades.

Tabla 39
Condición de piel al ingreso hospitalario

Categoría	Cantidad	Porcentaje
ingresos con piel integra	54	55%
ingreso con lesión en la piel	44	45%
Total	98	100%

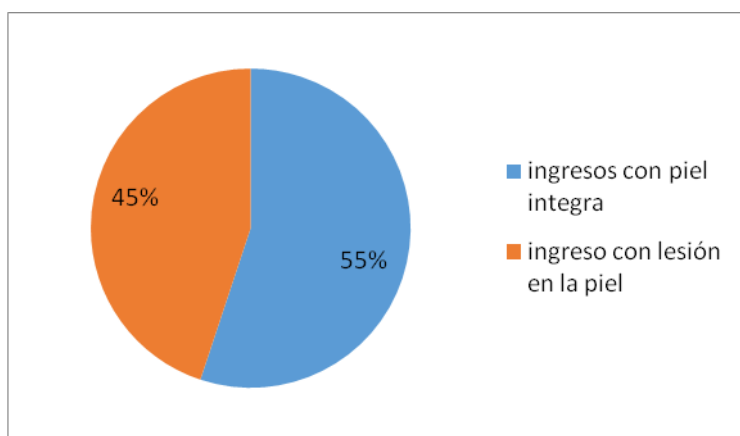


Figura 37. Condición de piel al ingreso hospitalario. Tomado de “Revisión de historias clínicas”.

De las 98 historias clínicas revisadas de pacientes con heridas crónicas durante su estancia hospitalaria, se identificaron el 55% fueron admitidos con piel íntegra mientras tanto que el 45% fueron pacientes admitidos con alguna lesión en la piel

Se identificaron los siguientes tipos de heridas crónicas: 40 úlceras por presión, 25 pie diabéticos, 22 úlceras varicosas, y 11 de otros tipos de heridas como son quemaduras y heridas quirúrgicas complicadas, cabe señalar que 36 úlceras por presión se desarrollaron en el hospital y 4 pacientes ingresaron con esta patología. En la figura 38 se demuestra el porcentaje de tipo de heridas crónicas identificadas en las Historias clínicas.

Tabla 40
Tipo de heridas crónicas identificadas

Categoría	Cantidad	Porcentaje
Úlceras por presión	40	41%
Pie diabético	25	26%
Úlceras varicosas	22	22%
Otras heridas	11	11%
Total	98	100%

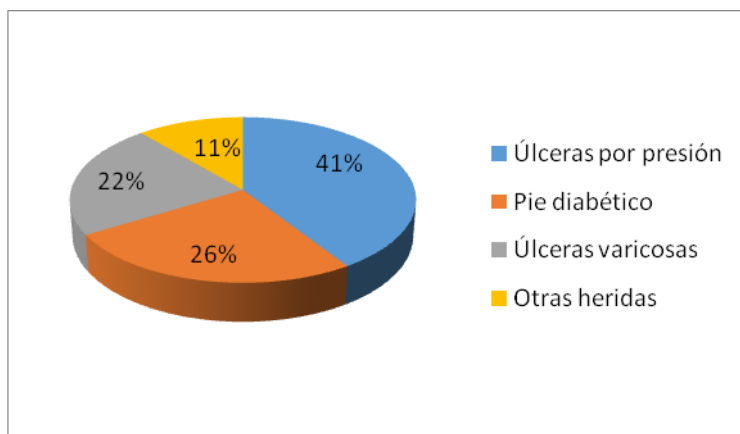


Figura 38. Número de heridas crónicas identificadas. Tomado de Revisión de historias clínicas.

El 41% concierne a úlceras por presión, el 26% corresponde a pie diabético, mientras que el 22% pertenece a úlceras varicosas y finalmente 11% a otros tipos de heridas crónicas durante el periodo mayo del 2016 a mayo 2017

Se identificó en la revisión de historias clínicas que el 67 % de las heridas crónicas no fueron valoradas ni tratadas por un médico especialista en comparación con el 33% fueron valoradas por médico especialista como son médico cirujano vascular o médico cirugía plástica, cabe indicar que en todas las historias clínicas no se pudo identificar qué tipo de curación fueron realizadas sino únicamente se expresa textualmente “se realiza curación de herida”

El periodo de estancia hospitalaria mínima fue de 8 días de hospitalización correspondiente a pie diabético y máximo 38 días de hospitalización se refiere a úlceras por presión, con un promedio de estancia hospitalaria global de 19.75 días en la figura 39 se demuestra los días de estancia hospitalaria de acuerdo al tipo de herida.

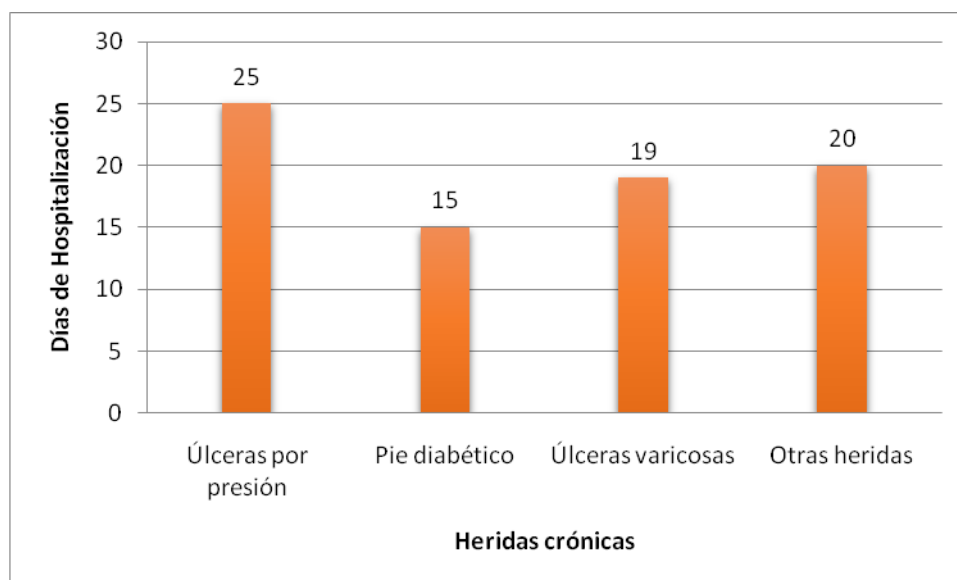


Figura 39. Promedio de días de estancia hospitalaria de acuerdo al tipo de heridas. Tomado de Revisión de historias clínicas.

En la revisión de historias clínicas se identificó, que el promedio de días de estancia hospitalaria según el tipo de herida crónica es: 25 días en las úlceras por presión, 15 días pie diabético, 19 días úlceras por presión y 20 días en otro tipo de heridas crónicas.

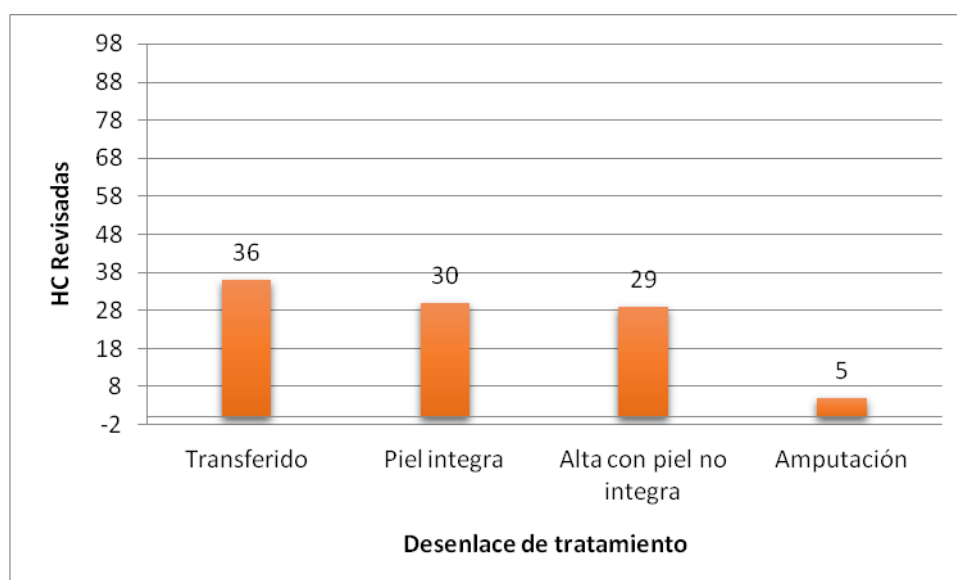


Figura 40. Desenlace del tratamiento de las heridas crónicas. Tomado de Revisión de historias clínicas

En la revisión de historias clínicas se identificó que 36 pacientes fueron transferidos a otras casas de salud, 30 fueron dados de alta con piel integra, 29 pacientes fueron dados de alta con la piel no integra y 5 pacientes fueron amputados alguna extremidad.

Análisis e interpretación de los resultados

El objetivo de la revisión de historias clínicas es identificar diferentes variables que permitan tener una visión más clara sobre el motivo de la demanda y el promedio de estancia hospitalaria de acuerdo al tipo de herida crónicas presentadas en el Hospital General HOSNAG en el periodo de mayo del 2016 y mayo del 2017.

Se identificó de las 98 historias clínicas revisadas con heridas crónicas durante su estancia hospitalaria, el 55% fueron admitidos con piel integra; es decir que las heridas se produjeron en la estancia hospitalarias esto se confirma con las heridas crónicas identificadas con mayor porcentaje que fueron las úlceras por presión con un 41%, es prioritario señalar que este tipo de patología se pueden evitar con diferentes medidas de prevención, también se demostró que el promedio más alto de estancia hospitalaria corresponde a las úlceras por presión con un promedio de 25 días, cabe indicar que en los reportes de enfermería y evolución médica de las historias clínicas revisadas no se especifica qué tipo de curación que fue realizada así como tampoco los insumos utilizados en la curación. Además es importante indicar el desenlace de estas heridas, lo cual guarda un gran porcentaje del 36% de los pacientes son transferidos a otras casa de salud con mayor número los pacientes con úlceras varicosas y su motivo de transferencia es la falta de espacio físico en el hospital, únicamente el 30% de los pacientes son dados de alta del hospital con piel integra mientras tanto el 25% de los pacientes son dados de alta con lesiones en la piel y el 5% son amputados alguna extremidad, por lo antes mencionado nos da motivo a realizar diferentes estrategias para mejorar la condición de salud de estos pacientes.

Metodología de Entrevistas

Diseño: se realizó un estudio fenomenológico para recabar información sobre la experiencia del manejo de las heridas de los médicos tratantes del Hospital General HOSNAG comparando la experiencia de Clínica de Heridas implementado en la Institución privada como es Omni Hospital liderada por un licenciado en enfermería.

Sujeto de estudio: médico cirujano vascular, médico cirujano plástico pertenecientes al Hospital General HOSNAG y licenciado en enfermería de la unidad de salud privada Omni Hospital. La selección se determinó debido a que los médicos mencionados son especialistas en el tratamiento de las heridas y licenciado en enfermería como líder de la Clínica de Heridas de la Institución privada.

Recogida de datos: Este estudio es realizado mediante entrevista con un tiempo de duración aproximado de 7 minutos cada entrevista. La entrevista es estructurada mediante cuatro temas específicos como es: individual, cliente, colectivo y al sistema de salud, todos los participantes siguieron un orden establecido. Se hicieron las preguntas de forma presencial previa a un consentimiento informado para la grabación de audio y video.

Análisis de datos: Se realizó la traducción de la grabación de audio a texto para su inclusión en archivo y se hizo un abordaje analítico.

Desarrollo de entrevistas.

Entrevista a médico cirujano plástico

Tema relacionados a lo individual

¿Ha recibido alguna formación sobre el manejo y tratamiento de las heridas en los últimos 5 años y quien ha auspiciado esta formación académica?

Por parte del hospital no he recibido ninguna capacitación, pero por parte personal he realizado congresos.

Tema relacionado al cliente

¿Qué tipo de curación realiza usted a los pacientes con heridas crónicas?

Tradicional o avanzada.

Hablando de heridas crónicas como son heridas pie diabético, úlceras por presión, úlceras varicosas son de larga data de hasta 15 años con heridas abiertas. El tratamiento que yo realizo es normal con solución salina y alguna crema antibiótica o crema granulante dependiendo de la condición de la herida

Tema relacionado a lo colectivo

¿Para que exista un óptimo manejo y tratamiento de las heridas en esta institución, usted cree que es necesario un equipo multidisciplinario?

Definitivamente que sí, si tu analizas el pie diabético lo trata cirujano vascular el traumatólogo el nutricionista el diabetólogo, entonces el cirujano plástico hace la cobertura ya para realizar el injerto o colgajo cuando la herida este limpia, es decir ya lo revisa todo el equipo multidisciplinario y el cirujano plástico entraría al final para realizar el cierre de la herida

¿Cree usted que es importante la participación del personal de enfermería en la prevención y tratamiento de las heridas?

Se capacita al personal de enfermería sobre el tema de las heridas a un área donde todas las heridas de cualquier etiología sea manejada por esa área, entonces no existe aquí esa área, por ejemplo el de la guardia indica “ahí hay una herida pero yo no curo eso” o por ejemplo a mí me llegan abscesos eso no está bien manejado.

Tema relacionado al sistema de salud

¿Cómo ha sido la incidencia de las heridas en esta casa de salud?

En el hospital se ve muchas clases de heridas pero en el área de cirugía plástica nos derivan muchas heridas contaminadas incluso heridas quirúrgicas infectadas porque

consideran que las heridas con compromiso de tejido blando se pueden necrosar y después realizar un injerto a este tejido

¿Encuentra usted dificultades para la aplicación de sus conocimientos sobre este tema en su servicio?

Antes el hospital nos proporcionaban apósitos hidratantes hidrogel, y nos iba muy bien porque estos productos acelera el proceso y las curaciones son más espaciadas hablando por ejemplo parche duoderm mas hidrogel y no curas en tres días en cambio lo tradicional cada día, eso sí dependiendo de la herida y después viene otro parche o antes de carbón y plata y pasa otra fase, ya cuando se ve que está limpio y haces el injerto o cierre por segunda intención, ahora el hospital no nos proporciona esos apósitos. Aquí hay un protocolo pero no se puede seguir ese protocolo porque aquí debería de haber un área de centro de heridas como es en el Hospital Luis Vernaza en el cual yo pertenecía al comité de heridas, allá ellos solo tratan a las heridas o pérdida de substancia acá no hay ese tipo de departamento.

¿La hospitalización de pacientes con heridas crónicas usted cree que aumentan el periodo de estancia hospitalaria?

Si es verdad pero eso se da por mal manejo, porque el paciente con un tipo de herida se lo puede manejar ambulatoriamente con excepción que el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable.

¿Está usted de acuerdo con la creación de una unidad multidisciplinar de heridas agudas y crónicas, liderada por personal capacitado de enfermería en coordinación con los servicios de cirugía vascular, cirugía plástica, nutrición, Infectología, psicología, unidad del dolor y trabajo social ?.

Claro que sí, existen esos centros de heridas como te dije anteriormente.

Médico cirujano vascular

Tema relacionados a lo individual

¿Ha recibido alguna formación sobre el manejo y tratamiento de las heridas en los últimos 5 años y quien ha auspiciado esta formación académica?

En la formación propia del pensum académico del posgrado del manejo de las lesiones del pie diabético, pero quizás no lo analizamos como la cura avanzada sino del salvataje de la extremidad.

Tema relacionado al cliente

¿Qué tipo de curación realiza usted a los pacientes con heridas crónicas?

Tradicional o avanzada.

Si realizamos curación avanzada de herida, partiendo de la fundamentación que la herida que tiene que estar húmeda permanentemente para iniciar el proceso de granulación y cicatrización.

Tema relacionado a lo colectivo

¿Para que exista un óptimo manejo y tratamiento de las heridas en esta institución, usted cree que es necesario un equipo multidisciplinario?

Si, sería fundamental compartir criterios, contar con el apoyo, experiencias en el manejo de las heridas. La medicina actual dentro de tantos conceptos que ha cambiado es que ahora el manejo de muchas patologías necesita el manejo multidisciplinario y las heridas es una de ellas.

¿Cree usted que es importante la participación del personal de enfermería en la prevención y tratamiento de las heridas?

El personal de enfermería es un personal humano que tiene su capacitación, su formación, destrezas, y es un personal que se lo necesita, siempre y cuando esté capacitado en el manejo de las heridas.

Tema relacionado al sistema de salud**¿Cómo ha sido la incidencia de las heridas en esta casa de salud?**

La incidencia va con el volumen de paciente, desde el año pasado del 2016 hasta la fecha en relación solo a pie diabético veo unos 15 pacientes con esta patología muchos de ellos ya han sido dados de alta y otros continúan con el tratamiento. Si ampliamos en el tema de las heridas no solo pie diabético sino también úlceras por presión, quemadura, no tengo bien claro las estadísticas de esa problemática sería importante tener el comentario de cirugía plástica y área de emergencia.

¿Encuentra usted dificultades para la aplicación de sus conocimientos sobre este tema en su servicio?

Lastimosamente la parte administrativa influye negativamente porque no es fácil la adquisición de estos productos y nos toca pedir al paciente que compre el material para el tratamiento de curación avanzada.

¿La hospitalización de pacientes con heridas crónicas, usted cree que aumentan el periodo de estancia hospitalaria?

Como le decía en cirugía vascular angiología nosotros manejamos la definición de pie diabético, y pie diabético es sinónimo de hospitalización prolongada, según la clasificación de Texas en el mejor de los casos puede tener un Texas I sin infección sin isquemia, pero a pesar de eso hay que manejarlo hospitalizado por lo menos los primeros 5 u 8 días por lo menos, hasta tener un resultado de cultivo no solo para manejarlo con cura avanzada sino con antibiótico terapia.

¿Está usted de acuerdo con la creación de una unidad multidisciplinaria de heridas agudas y crónicas, liderada por personal capacitado de enfermería en coordinación con los servicios de cirugía vascular, cirugía plástica, nutrición, Infectología, psicología, unidad del dolor y trabajo social?

Por supuesto claro que sí, Realmente en la estructura administrativa de áreas de un hospital, más bien es raro ver que un hospital que no tenga una unidad de cuidados de heridas.

Entrevista al licenciado en enfermería líder de la Clínica de Heridas del Omni Hospital

Tema relacionado a lo individual

¿Por qué cree usted que es importante la formación del personal de enfermería sobre el manejo de las heridas?

Las heridas no solo son un problema a nivel del Ecuador sino a nivel de todo el mundo, toda persona puede desarrollar lesiones a la piel y es un reflejo de la patología, por ejemplo: si es hipertenso puede desarrollar úlceras venosas si es diabético puede desarrollar pie diabético etc. Por eso es importante estar en la tecnología y conocer las opciones más adecuadas para llevar a ese individuo a la cura. El enfermero debe de encontrarse especializado, no todo que sabe poner un apósito sabe curar una herida

Tema relacionado a lo colectivo

¿Usted cree que es necesario un equipo multidisciplinario para que haya un óptimo manejo y tratamiento de las heridas en esta institución?

Claro que sí, las heridas tienen que ser manejadas en conjunto, por ejemplo, un nutricionista para que evalúe parte nutricional, el psicólogo por pacientes que se encuentran deprimidos porque está comprobado científicamente que enlentece la cicatrización debido al aumento de metaloproteasa, el control médico es importante para su chequeo metabólico, la rehabilitación física el fisiatra, todos forman parte importante

Tema relacionado al sistema de salud

¿Encontró dificultades en la creación de la clínica de heridas?

Siempre es bastante duro poder arrancar, pero se encontró muchos profesionales abiertos al cambio, entonces eso nos facilitó a nosotros el trabajo y arrancamos con el programa de prevención de úlceras por presión, luego hicimos apoyo de asistencia al paciente ostomizado, luego el programa integral del pie diabético, y el programa de prevención de tromboembolia pulmonar,

¿Por qué cree que es importante el servicio de clínica de heridas en esta casa de salud?

Lo importante es siempre encontrarse al día con la tecnología y la comunicación de todo el equipo multidisciplinario, la ventaja en nosotros en trabajar con un equipo multidisciplinario permitió, reducir la estancia hospitalaria, también descender la tasa de infecciones asociadas a la atención de salud, y evidentemente mejorar la calidad de vida

¿Cree usted que ha disminuido la estancia hospitalaria de los pacientes con heridas crónicas con el servicio de Clínica de Heridas?

Las heridas ya no requieren estancia hospitalaria, se puede manejar de forma ambulatoria, y puede estar a cargo de un personal de enfermería previamente capacitado, nuestro hospital en el año 2013 realizó un estudio epidemiológico, para determinar la prevalencia de úlceras por presión, y fue del 29 %, actualmente nuestra tasa es del 1%,

¿Relate una experiencia de algún caso que ha manejo el servicio de clínica de heridas?

Si, una paciente de úlceras venosa de 13 años de evolución, una señora que vivía encadenada en el patio de su casa por aislamiento social, y fue retirada por el Ministerio de Económica y Social y traída a esta casa asistencial para poderle brindar el tratamiento y en cuatro meses logramos la remisión absoluta de la lesión, ese fue un caso excelente para nosotros ganar la credibilidad que necesitábamos en ese momento.

¿Usted conoce más centros especializados que brinden el servicio de clínica de heridas?

Este tema de las heridas no es un tema nuevo, arranco en el Hospital de Seguridad Social en Quito “Hospital Carlos Andrade Marín”, El Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” tiene unidades de cuidados de heridas no están integrados como Clínica de heridas pero si están separados: como en el área de coloproctología que valoran los estomas de eliminación, el área de cirugía general, también otros hospitales como es: “Hospital de los Ceibos”, “Hospital Guayaquil”, ciertos dispensarios del Ministerio de Salud Pública y del IESS también manejan sus unidades de cuidados avanzados de heridas justamente con la tecnología de punta.

Resultado

Se realizó tres entrevistas, los participantes fueron todos de sexo masculino entre 30 a 50 años de edad y con una media de promedio profesional de 15 años de experiencia, todos los participantes cuentan con estudios profesionales en heridas crónicas siendo dos de ellos médicos profesionales cirujano vascular, cirujano plástico y licenciado en enfermería con especialidad en tratamiento de heridas realizado en Chile.

Después de la traducción del audio a texto se identificaron seis categorías las cuales son: formación, equipo multidisciplinario, estancia hospitalaria, tipo de curación, importancia de clínica de herida.

Formación: Todos los entrevistados coinciden que el tratamiento de las heridas debe de ser realizado por personal académicamente formado, debido a la complejidad de la patología y encaminados en conjunto con la tecnología actual.

Cirujano plástico: “Se capacita al personal de enfermería sobre el tema de las heridas a un área donde toda la herida de cualquier etiología sea manejada por esa área”

Cirujano vascular: “El personal de enfermería es un personal humano que tiene su capacitación, su formación, destrezas, y es un personal que se lo necesita, siempre y cuando esté capacitado en el manejo de las heridas”.

Licenciado en enfermería especializado: “el enfermero debe de encontrarse especializado, no todo que sabe poner un apósito sabe curar una herida”.

Equipo multidisciplinario: Para el manejo correcto de las heridas los entrevistados concuerdan en la participación de un equipo de trabajo de diferentes especialidades y así mirar al paciente en una forma holística, con el fin que se cumpla un tratamiento óptimo. Lamentablemente en el hospital General HOSNAG no se realiza esta comunicación a diferencia de la institución privada como lo indican los entrevistados

Cirujano plástico: “si tu analizas el pie diabético lo trata cirujano vascular el traumatólogo el nutricionista el diabetólogo, entonces el cirujano plástico hace la cobertura ya para realizar el injerto o colgajo cuando la herida este limpia pero aquí no se realiza eso”

Cirujano vascular: “La medicina actual dentro de tantos conceptos que ha cambiado es que ahora el manejo de muchas patologías necesita el manejo multidisciplinario y las heridas es una de ellas”.

Licenciado en enfermería especializado: “la ventaja en nosotros en trabajar con un equipo multidisciplinario permitió, reducir la estancia hospitalaria, también descender la tasa de infecciones asociadas a la atención de salud”

Estancia hospitalaria: Coinciden los entrevistados que las heridas crónicas son una de las patologías con mayor aumento de estancia hospitalaria, pero en la actualidad el manejo de las heridas pueden tratarse ambulatoriamente a diferencia del médico cirujano vascular que indica que el realiza ciertas hospitalizaciones para un diagnóstico o tratamiento intravenoso.

Cirujano plástico: “el paciente con un tipo de herida se lo puede manejar ambulatoriamente con excepción que el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable”.

Cirujano vascular: “pie diabético es sinónimo de hospitalización prolongada”

Licenciado en enfermería especializado: “las heridas ya no requieren estancia hospitalaria, se puede manejar de forma ambulatoria, y puede estar a cargo de un personal de enfermería previamente capacitado”

Tipo de curación: Todos los participantes coinciden que el mejor tratamiento es la curación húmeda o avanzada, la diferencia existe en que el médico de cirugía plástica realiza curación tradicional debido a la falta de insumos del hospital, el médico cirujano vascular realiza en diferentes casos curación húmeda pero con el compromiso del paciente en la adquisición de los productos debido a la falta de material en la institución, por otro lado el licenciado en enfermería refiere que la curación ideal es la curación húmeda como experiencia en los tratamientos que ha realizado bajo esta tecnología.

Cirugía plástica: “El tratamiento que yo realizo es normal con solución salina y alguna crema antibiótica o crema granulante dependiendo de la condición de la herida”

Cirugía vascular: “nos toca pedir al paciente que compre el material para el tratamiento de curación avanzada”.

Licenciado en enfermería especializado: “Lo importante es siempre encontrarse al día con la tecnología de la curación avanzada y la comunicación de todo el equipo multidisciplinario”

Importancia de clínica de heridas: Los entrevistados están de acuerdo que exista un área exclusiva para la curación de heridas, debido a la necesidad de centralizar esta patología y trabajar con un equipo multidisciplinario de apoyo con participación del personal de enfermería como líder del servicio.

Cirujano plástico. “aquí debería de haber un área de centro de heridas como es en el Hospital Luis Vernaza en el cual yo pertenecía al comité de heridas, allá ellos solo tratan a las heridas o pérdida de substancia acá no hay ese tipo de departamento”

Cirujano vascular: “más bien es raro ver que un hospital que no tenga una unidad de cuidados de heridas y aquí no lo hay”.

Licenciado en enfermería especializado: “la ventaja en nosotros en trabajar con un equipo multidisciplinario permitió, reducir la estancia hospitalaria, también descender la tasa de infecciones asociadas a la atención de salud, y evidentemente mejorar la calidad de vida”.

Es impresionante ver los ejemplos de los participantes en sus experiencias como son las relatadas a continuación:

Cirujano plástico: “hemos tenido pacientes con úlceras varicosas de larga data de hasta 15 años con heridas abiertas sin cierre alguno”.

Licenciado en enfermería: “una paciente de úlceras venosa de 13 años de evolución, una señora que vivía encadenada en el patio de su casa por aislamiento social, y fue retirada por el

Ministerio de Económica y Social y traída a esta casa asistencial para poderle brindar el tratamiento y en cuatro meses logramos la remisión absoluta de la lesión, ese fue un caso excelente para nosotros y ganar la credibilidad que necesitábamos en ese momento.

Capítulo IV. Propuesta

En el capítulo III, se demostró 115 cuestionarios dirigidos al cliente interno, el 83% de ellos aplican la curación tradicional y el 17% la curación avanzada. Así como también, en la observación de 98 historias clínicas de pacientes con heridas crónicas se evidenció que la estancia hospitalaria media fue de 19,17 días. Y, Finalmente, los resultados de las entrevistas profesionales coinciden en la importancia de contar con un área que brinde el servicio de clínica de heridas con curación avanzada bajo el apoyo de un equipo multidisciplinario; debido a estos resultados, se establece la siguiente propuesta.

Título de la Propuesta

Creación del servicio de Clínica de Heridas en el Hospital General HOSNAG.

Objetivo General de la Propuesta

Disminuir los costos de estancia hospitalaria en un 10% en relación al tratamiento de las heridas crónicas, y evitar el 95 % de úlceras por presión durante la estancia hospitalaria.

Objetivos de la Propuesta

- (a) Identificar los factores clave de éxito para la elaboración de estrategias mediante la matriz DAFO.
- (b) Definir la estructura organizacional y el perfil de funciones del talento humano de la Clínica de Heridas.
- (c) Determinar las características y estrategias en base al marketing mix con sus componentes precio, producto, plaza y promoción.
- (d) Establecerlos costos de implementar la Clínica de Heridas.
- (e) Identificar la productividad de la clínica de heridas con respecto a la curación tradicional.

Justificación de la Propuesta

Esta propuesta tiene como objetivo principal la creación de una Clínica de Heridas para el Hospital General HOSNAG. Actualmente el hospital tiene costos muy elevados para el tratamiento de heridas mediante las técnicas tradicionales; por tanto, se necesita de la implementación de nuevos procedimientos que sean más eficientes y eficaces para el tratamiento de heridas. La curación avanzada ha demostrado en base a la evidencia que reduce la estancia hospitalaria, además que incorpora nuevas técnicas que aceleran el proceso de recuperación.

El principal beneficiario de esta propuesta es el paciente que se atiende en el hospital por causa de heridas, ya que con las nuevas técnicas, podrá tener una recuperación más rápida; esto además beneficia a la sociedad en general porque reduce el índice de morbilidad por concepto de heridas. El otro beneficiario directo es el Hospital General HOSNAG, debido a que con la creación de esta Clínica de Heridas, tendrá un ahorro al reducir la estancia hospitalaria y acortando los tiempos de tratamiento que necesita un paciente.

A continuación se analizaron los factores del macro entorno que podrían afectar en forma positiva o negativa a la creación del servicio de clínica de heridas dentro del Hospital General HOSNAG. El modelo PESTA proviene de factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos y ambientales, y sirve como herramienta fundamental para identificar factores externos que luego servirán de fuente para la matriz DAFO-CAME.

Los factores políticos son aquellos que inciden desde el punto de vista gubernamental a la implementación de la clínica de heridas; los factores económicos, son aquellos que pueden afectar al presupuesto de este plan; los factores sociales se refieren a aquellos desde el punto de vista de los individuos de la población; los factores tecnológicos, en cambio son lo que tienen que ver con avances en el campo de la curación de heridas; mientras que los factores

ambientales son los que identifican problemas relacionados a la contaminación o afectaciones al entorno.

Diagnóstico Estratégico

Modelo PESTA.

Factores políticos.

El Estado ecuatoriano tiene como uno de los objetivos principales del Plan Nacional del Buen Vivir, el mejorar la calidad de vida de la población (SENPLADES, 2017); este aspecto proviene desde la Constitución de la República, que en su artículo 66 señala el derecho a una vida digna en donde se asegure la salud de los ciudadanos (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008). Entre las políticas y lineamientos establecidos en el Buen Vivir se garantiza la calidad de los servicios de salud, la incorporación de personal calificado, capacitado y especializado; asimismo la definición de estándares para la atención en salud. Por tanto, la clínica de heridas se alinea a estos objetivos, ya que reducirá los tiempos de estancia hospitalaria, logrando que el paciente tenga una recuperación más rápida, logrando la eficiencia en el servicio y la reducción de costos del hospital.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) mediante el Acuerdo No. 00003155 implementó un instructivo para autorizar la adquisición de medicamentos que no constan en el cuadro nacional de medicamentos básicos (CNMB), para los establecimientos que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Para solicitar este requerimiento se debe dirigir una carta a la Dirección Nacional de Medicamentos e Insumos Estratégicos; la evaluación de la solicitud se realizará en base a una investigación de la literatura científica sobre la eficacia, conveniencia, seguridad y costos, con respecto a la alternativa del CNMB (MSP, 2013). Esta

es una oportunidad ya que se pueden incluir los apósitos necesarios para la curación avanzada, los cuales tienen el sustento científico para ser utilizados.

En el artículo 41 de la Norma Técnica de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico; se señala que si los pacientes dependientes como madres hijos y padres de militares, poseen un seguro privado o IESS no pueden ser atendidos en el Hospital General HOSNAG excepto en casos de emergencia (MSP, 2016a). Esta medida limita la atención de pacientes del hospital, reduciendo el alcance de la nueva clínica de heridas.

Factores económicos.

El Hospital General HOSNAG depende del presupuesto que el Estado asigne a la institución; este desembolso puede ser afectado por graves crisis económicas. Una de las formas más conocidas para evaluar la capacidad económica de un país, es por medio del Producto Interno Bruto (PIB); este indicador macroeconómico mide el nivel de consumo, gasto público, inversiones y exportaciones netas, brindando un valor que se le denomina PIB nominal, que ayuda a contrastar con valores de años anteriores e identificar si existe un crecimiento o decrecimiento económico (Blanchard, Amighini, & Giavazzi, 2012).

En el 2014 se tuvo el PIB nominal más alto en toda la historia del Ecuador, el cual fue de \$101,726.3 millones; desde este año el país ha evidenciado un decrecimiento económico, cuya causa principal fue la reducción de los precios del barril del petróleo; debido a que el país tenía una balanza comercial predominantemente petrolera, esta variación del precio a finales de ese año, provocó que para el 2015, se redujera el PIB nominal a \$99,290.4 millones. En el 2016, Ecuador siguió teniendo problemas con el precio del petróleo, y esto se agravó aún más con el desastre natural ocurrido en abril de ese año, por lo cual el PIB

descendió a \$98,614.0 millones (BCE, 2017a); en este año el hospital declaró 5,879 curaciones realizadas por el personal de enfermería, esta cantidad de pacientes es una oportunidad, al incrementar la productividad por medio del nuevo sistema, sin embargo los costos de los productos de curación avanzada son más altos en comparación a los actuales, aunque resultan más económicos si se los analiza desde el punto de vista de la estancia hospitalaria. Por estos antecedentes, se considera que la crisis económica que ha tenido el país puede afectar en la decisión de inversión en este proyecto, limitando las posibilidades de crear la nueva clínica de heridas en el Hospital General HOSNAG.

Factores sociales.

Dentro de los factores sociales se puede enmarcar el hecho de que, según la Zonificación de la atención de los pacientes emitida por el MSP, establece que los clientes deben ser valorados en los centros de salud para luego ser derivados al Hospital General HOSNAG (MSP, 2014b); este requisito limita la capacidad de la clínica de heridas para atender más pacientes. Otro factor social importante fue el identificado mediante las encuestas en donde el 90% de los familiares o pacientes encuestados piensa que es importante un área exclusivamente para el tratamiento de heridas en el Hospital General HOSNAG; esto demuestra la viabilidad del proyecto desde la perspectiva social, en donde se confirma la aceptación de la nueva clínica de heridas.

Factores tecnológicos.

Entre los factores tecnológicos que influyen sobre la clínica de heridas están el hecho de utilizar los últimos avances en temas de curaciones; el uso de la humedad con la ayuda de los apósitos para el trato adecuado de las heridas, provoca que estas se puedan eliminar más rápidamente; la utilización de estas técnicas es el principal aporte tecnológico.

Factores ambientales.

En cuestiones ambientales, se utilizarán menos desechos, debido a que las curaciones serán más rápidas y la estancia hospitalaria se verá reducida. A continuación se analizaron los factores internos que inciden sobre el Hospital General HOSNAG; estos factores son importantes para determinar las fortalezas y oportunidades de la matriz DAFO-CAME.

Cadena de valor de la situación actual.

La cadena de valor es una herramienta estratégica usada para analizar las actividades del Hospital o de un servicio y así identificar las fortalezas y debilidades del servicio. Actualmente cada médico especialista realiza la valoración y curación de la herida en consulta externa; en emergencia y hospitalización la valoración y curación tradicional la realiza diferentes profesionales como son médicos, licenciados y auxiliares en enfermería de cada área, independientemente si la herida es crónica o no; luego se determina si el paciente necesita de asistencia ambulatoria; en caso de ser así, se le derivan cuidados complementarios para que los realice el paciente en su hogar y culmina la atención. En caso de necesitar hospitalización, el Lcdo. de Enfermería y el médico de cada área son los encargados de brindar los cuidados complementarios y educar al paciente para su tratamiento, hasta que es dado de alta. La cadena de valor y el proceso actual se lo puede observar en las figuras 41 y 42.

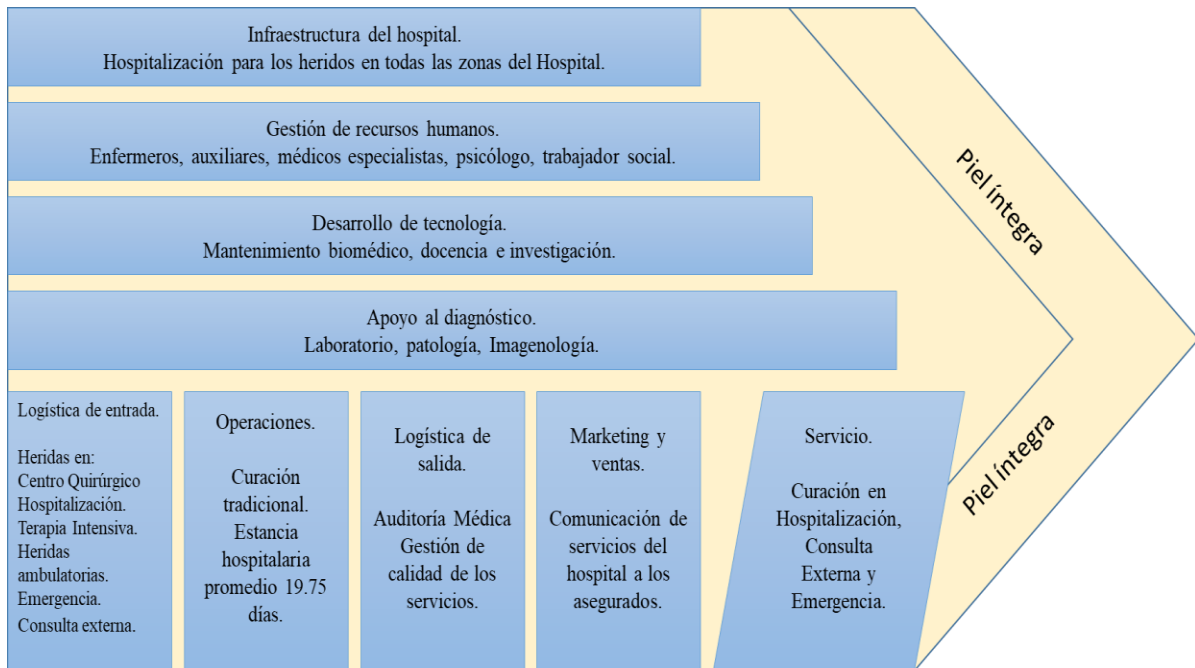


Figura 38. Cadena de valor situación actual

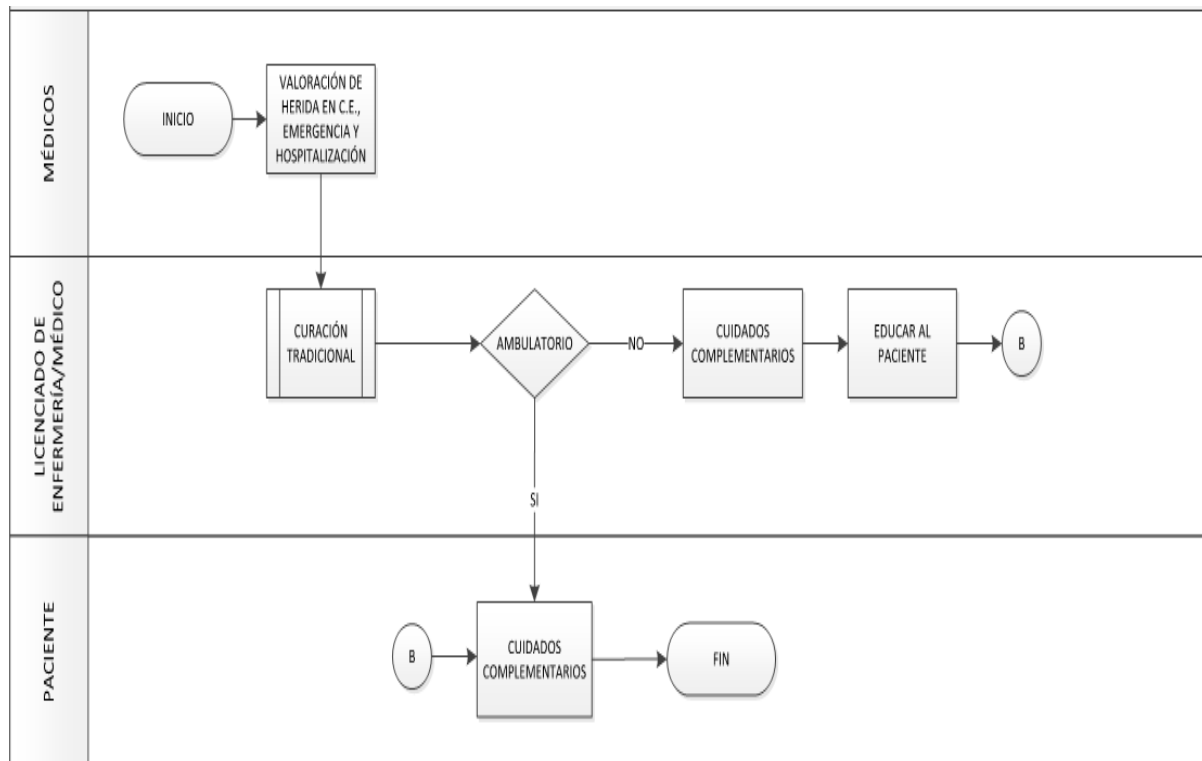


Figura 39. Flujograma de procesos actual

Para un adecuado diagnóstico estratégico se necesitan identificar y ponderar los factores externos e internos, con la finalidad de detectar aquellos factores que son más importantes de ser gestionados; esto se lo realiza por medio de la Matriz de Evaluación Externa (EFE) y la Matriz de Evaluación Interna (EFI) que se detallan a continuación.

Matriz EFE.

Entre las principales oportunidades detectadas están el que existe un instructivo que indica que se pueden adquirir medicamentos que no constan en el cuadro nacional de medicamentos básicos pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud (RPIS). El Hospital General HOSNAG, pertenece a esta red, por lo que puede acceder a la medicina de curación avanzada como los apósitos que actualmente no se utilizan en la curación tradicional.

Otra oportunidad importante detectada fue que el 90% de los familiares o pacientes encuestados piensa que es importante un área exclusivamente para el tratamiento de heridas en el Hospital General HOSNAG; esto da el incentivo para que las autoridades implementen esta clínica, la cual generará un ahorro para la institución y un gran beneficio para el paciente. Otras oportunidades menores fueron que el 76% de pacientes atendidos en el servicio de cirugía vascular tienen relación con patologías susceptibles a sufrir lesiones en la piel y que en el año 2016 se reportaron 5,879 curaciones realizadas por el personal de enfermería. Se consideraron de menor importancia debido a que trata de la demanda de pacientes y el enfoque principal del proyecto es ser más eficiente con la demanda actual del hospital; por tanto, no es vital para el proyecto que la demanda se incremente. La calificación se realizó a criterio del autor, en base a las acciones del hospital para aprovechar la oportunidad o combatir la amenaza. La calificación total fue de 1.8, muy por debajo del promedio de 2.5, lo que demuestra que no se están tomando las medidas adecuadas para aprovechar estos factores externos, por lo cual se decidió realizar esta investigación.

Tabla 41
Matriz EFE

Factores clave de éxito	Peso	Calificación	Peso ponderado
Oportunidades			
Existe un manual para aceptar la adquisición de medicamentos que no constan en el cuadro nacional de medicamentos básico de la REPIS	0.20	2	0.40
El 76% de pacientes atendidos en el servicio de cirugía vascular tienen relación con patologías susceptibles a sufrir lesiones en la piel.	0.05	1	0.05
En el año 2016 se reportaron 5,879 curaciones realizadas por el personal de enfermería.	0.05	3	0.15
El 90% de los familiares o pacientes encuestados piensa que es importante un área exclusivamente para el tratamiento de heridas en el Hospital General HOSNAG.	0.20	1	0.20
Amenazas			
Los costos de los productos a utilizar son altos, y no se encuentran en el cuadro básico de medicamentos aprobados por el MSP.	0.20	2	0.40
La zonificación de la atención de los pacientes emitida por el Ministerio de Salud Pública establece que el cliente debe ser valorado en los centros de salud para luego ser derivados al Hospital General HOSNAG.	0.15	2	0.30
La norma de razonamiento para prestación de servicios de salud entre las instituciones de la red pública de salud y privada establece que los pacientes dependientes como madres hijos y padres de militares, si poseen un seguro privado o IEES no pueden ser atendidos en el Hospital General HOSNAG excepto en casos de emergencia.	0.15	2	0.30
Total	1.00		1.8

Matriz EFI.

Entre los factores internos más importantes se identificaron el que el Hospital tiene un amplio espacio físico para la construcción de nuevas áreas y existe el presupuesto para el 2018; esta fortaleza genera que el proyecto tenga altas probabilidades de convertirse en

realidad, ya que se cuenta con el espacio físico y la liquidez necesaria para realizar la inversión.

También se identificó que el 72% del cliente interno encuestado está de acuerdo con la creación de un área exclusivamente para el tratamiento, prevención de heridas y manejo de ostomías; esto demuestra la predisposición del personal para la nueva clínica de heridas, que utilizará nuevas técnicas de curación, que necesitarán de capacitación y de una adaptación de todo el personal involucrado.

Se dispone también de una fortaleza menor que es la de que el Hospital General HOSNAG, como tratamiento coadyuvante, cuenta con el servicio de Cámara Hiperbárica, lo cual es una mejora que se le puede realizar al proyecto al implementarlo. Entre las debilidades identificadas está el que el Hospital General HOSNAG, no cuenta con un área específica para los procedimientos de curación; esto se pretende solucionar con la propuesta de creación de una clínica especializada en heridas.

Otra debilidad identificada fue que no existen costos de producción en relación a las curaciones; a pesar de que se tienen registros empíricos, no se cuenta con documentación que especifique los costos de las curaciones. También se detectó que el hospital no cuenta con protocolos y lineamientos para realizar una curación estandarizada o normalizada. La puntuación general fue de 2.6, la cual estuvo ligeramente sobre la media de 2.5, lo que significa que el hospital tiene fortalezas más fuertes que sus debilidades y que las está sabiendo utilizar.

Tabla 42
Matriz EFI

Factores clave de éxito	Peso	Calificación	Peso ponderado
Fortalezas			
El Hospital tiene un amplio espacio físico para la construcción de nuevas áreas y existe el presupuesto para el 2018.	0.30	4	1.2

El 72% del cliente interno encuestado está de acuerdo con la creación de un área exclusivamente para el tratamiento, prevención de heridas y manejo de ostomías.	0.15	3	0.45
El Hospital General HOSNAG como tratamiento coadyuvante cuenta con el servicio de Cámara Hiperbárica.	0.05	3	0.15
Debilidades			
No cuenta con un área específica para los procedimientos de curación.	0.15	2	0.30
No existen costos de producción en relación a las curaciones.	0.15	2	0.30
El Hospital General no cuenta con protocolos y lineamientos para realizar una curación estandarizada o normalizada.	0.20	1	0.20
Total	1.00		2.6

Matriz DAFO-CAME.

La matriz DAFO-CAME es una herramienta que sirve para la formulación de estrategias en base a las fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades detectadas. Los factores externos fueron evaluados por medio de la matriz EFE, mientras que los factores internos fueron evaluados mediante la matriz EFI. La estrategia desarrollada para aprovechar las oportunidades por medio de las fortalezas fue el capacitar al personal interno para el adecuado desempeño en la Clínica de Heridas; debido a que el cliente interno desea la creación de esta nueva área, por tanto hay la disposición de aprender y mejorar.

La estrategia de reorientación es la que aprovecha las oportunidades para reducir las debilidades, se propuso desarrollar un inventario de productos, materiales y equipos para la creación de una Clínica de Heridas; esto debido a que no existe un documento actualmente que especifique los costos de una curación, además no existen protocolos ni procedimientos para las curaciones; debido a que existe un instructivo que permite al hospital comprar productos de curación avanzada se propuso el desarrollo de una descripción de los insumos y herramientas necesarias para la operación de la clínica, con la finalidad de establecer claramente los costos de las mismas.

La estrategia defensiva es la que aprovecha las fortalezas para mitigar las amenazas, se propuso establecer la factibilidad financiera del proyecto en base al ahorro existente entre la curación tradicional y curación avanzada de heridas; esto debido a que es una institución sin fines de lucro, de donde no se puede calcular una rentabilidad ya que no tiene ingresos por venta, sino por medio del presupuesto que se le asigna.

Finalmente se formuló la estrategia de supervivencia, la cual busca reducir tanto las debilidades como las amenazas; la estrategia propuesta fue la de comunicar a los superiores sobre la factibilidad del proyecto, para que este sea implementado. Para esto se debe agendar una reunión con las autoridades para presentarle la presente investigación, con la finalidad de que el proyecto sea implementado y se logre un ahorro en el tratamiento de heridas.

Tabla 43
Matriz DAFO-CAME

Matriz DAFO-CAME	Fortalezas	Debilidades
	1. El Hospital tiene un amplio espacio físico para la construcción de nuevas áreas y existe el presupuesto para el 2018. 2. El 72% del cliente interno encuestado está de acuerdo con la creación de un área exclusivamente para el tratamiento, prevención de heridas y manejo de ostomías. 3. El Hospital General HOSNAG como tratamiento coadyuvante cuenta con el servicio de Cámara Hiperbárica.	1. No cuenta con un área específica para los procedimientos de curación. 2. No existen costos de producción en relación a las curaciones. 3. El Hospital General no cuenta con protocolos y lineamientos para realizar una curación estandarizada o normalizada.
Oportunidades	Estrategia ofensiva (FO)	Estrategia de reorientación (DO)
1. Existe un instructivo para autorizar la adquisición de medicamentos que no constan en el cuadro nacional de medicamentos básicos, para los establecimientos que conforman la red pública integral de salud, RPIS. 2. El 76% de pacientes atendidos en el servicio de cirugía vascular tienen relación con patologías susceptibles a sufrir lesiones en la piel. 3. En el año 2016 se reportaron 5,879 curaciones realizadas por el personal de	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar al personal interno para el adecuado desempeño en la Clínica de Heridas. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un inventario de productos, materiales y equipos para la creación de una Clínica de Heridas.

enfermería.
4.El 90% de los familiares o pacientes encuestados piensa que es importante un área exclusivamente para el tratamiento de heridas en el Hospital General HOSNAG.

Amenazas	Estrategia defensiva (FA)	Estrategia de supervivencia (FA)
1. Los costos de los productos a utilizar son altos, y no se encuentran en el cuadro básico de medicamentos aprobados por el MSP. 2. La zonificación de la atención de los pacientes emitida por el Ministerio de Salud Pública establece que el cliente debe ser valorado en los centros de salud para luego ser derivados al Hospital General HOSNAG. 3. La norma de razonamiento para prestación de servicios de salud entre las instituciones de la red pública de salud y privada establece que los pacientes dependientes como madres hijos y padres de militares, si poseen un seguro privado o IESS no pueden ser atendido en el Hospital General HOSNAG excepto en caso de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> Establecer la factibilidad financiera del proyecto en base al ahorro existente entre la curación tradicional y curación avanzada de heridas. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicar a los superiores sobre la factibilidad del Proyecto, para que este sea implementado.

Cadena de valor propuesta

En la cadena de valor propuesta para el Hospital General HOSNAG se considera reducir la estancia hospitalaria y se evidencia las siguientes diferencias; en cuestiones de la curación tradicional el lapso de estancia es de 19.75 días, mientras que para curación avanzada de 17.77 días; todo el tratamiento de heridas crónicas es realizado por el servicio de Clínica de Heridas. La gestión de recursos humanos se dividió con el apoyo al diagnóstico, ya que el personal dedicado sólo a la clínica de heridas serán dos licenciados en enfermería y dos auxiliares, mientras que el de apoyo serán los médicos especialistas, psicólogo y trabajador social. Otro campo que cambió fue el de operaciones ya que en la nueva cadena de valor se realizará curación tradicional y curación avanzada, reduciéndose la estancia hospitalaria en un 10%. El nuevo servicio es el de Clínica de Heridas, como se muestra en la figura a continuación.



Figura 40. Cadena de valor propuesta

El flujograma de procesos propuesto, se diferencia del actual, en que todas las heridas crónicas tienen su tratamiento dentro de la Clínica de Heridas. El proceso inicia con el médico de consulta externa, emergencia y hospitalización, el cual verifica si la herida es crónica o no; ya que en caso de no ser crónica se le brinda curación tradicional y termina el proceso. Cuando la herida es crónica el Lcdo. de Enfermería del servicio de clínica de herida con conocimiento en heridas crónicas realiza una valoración o anamnesis, luego identifica y categoriza la herida para manejar la herida con profesionales del equipo multidisciplinario quienes prescribe el tratamiento de acuerdo a su especialidad y el licenciado procede a realizar la curación avanzada bajo ambiente húmedo, en caso de no necesitar hospitalización, la curación avanzada se lo realizara ambulatoriamente previa a la educación impartida por el licenciado de la clínica de herida y así los cuidados complementarios se los realice el paciente en su hogar, después el equipo multidisciplinario realiza una valoración final y terminando el proceso. En caso de requerir hospitalización, los cuidados complementarios los realiza el Lcdo. de enfermería con educación continua al paciente y familia durante su estancia hospitalaria, para posterior realizar una valoración final con el equipo multidisciplinario, hasta culminar el proceso. Cabe indicar que este proceso es más largo que el actual pero el

paciente es tratado por profesionales especialistas, bajo la última tecnología de curaciones avanzadas, debido a que la herida se mantiene en ambiente húmedo y la frecuencia de las sesiones son más espaciadas, menos dolorosas y menos traumáticas, con el fin de acelerar el proceso de cicatrización así como también reducir la estancia hospitalaria. A continuación se muestra el proceso de Clínica de Heridas.

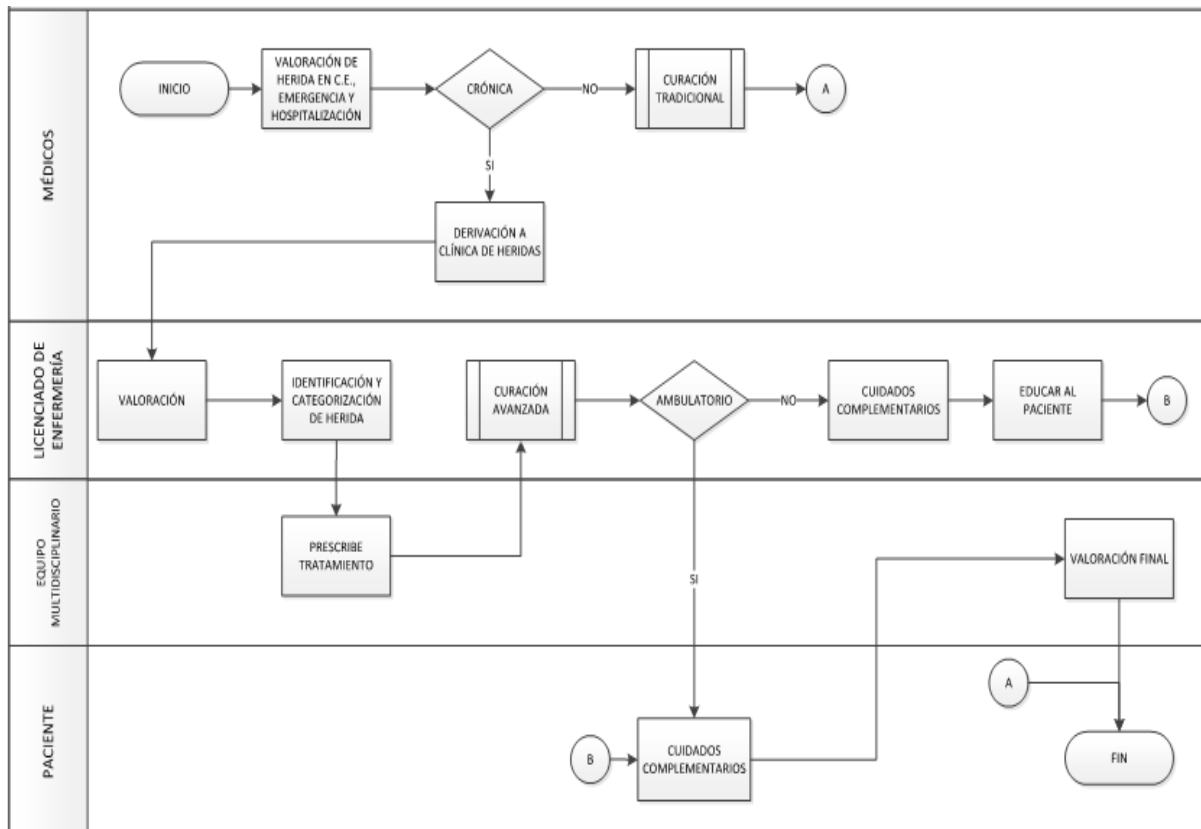


Figura 41. Flujograma de proceso propuesto

Talento Humano

Organigrama funcional.

La Clínica de Heridas contará con dos enfermeros y dos auxiliares de enfermería como empleados de planta; es decir, dedicados exclusivamente a la atención dentro de esta nueva clínica interna. Adicionalmente se dispuso de un equipo consultor, el cual estuvo compuesto de un médico especialista en cirugía vascular, en cirugía plástica, en medicina interna, en dermatología y en traumatología. El equipo de apoyo estuvo compuesto por un médico especialista en nutrición, en infectología, en terapia del dolor, un psicólogo y un especialista

en trabajo social. A continuación se muestra el organigrama funcional de la Clínica de Heridas.

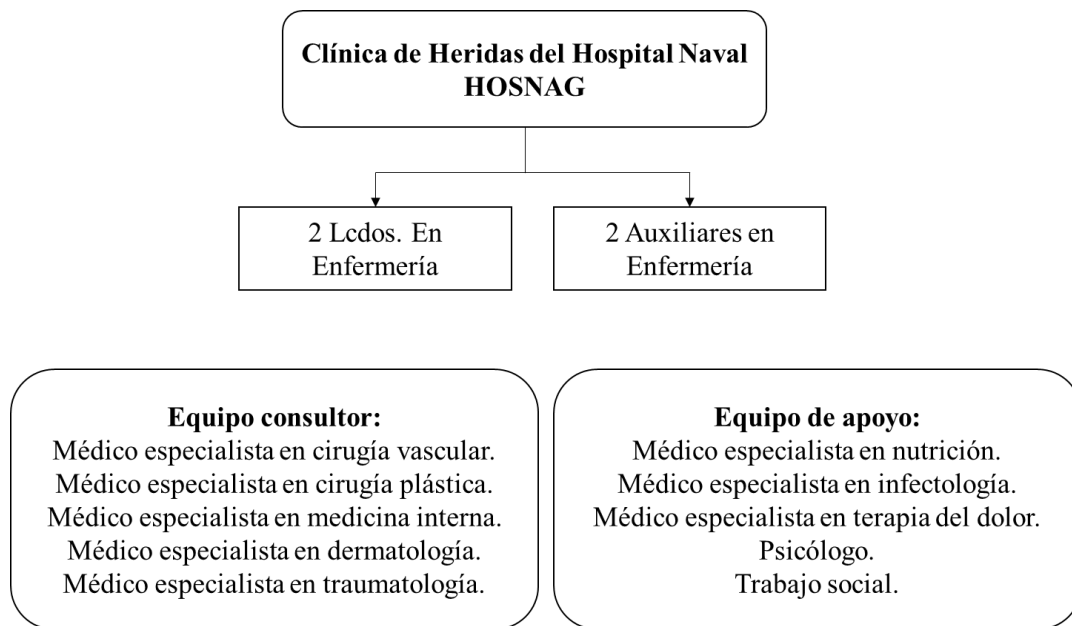


Figura 42. Organigrama

Especificación de funciones de personal de planta.

Cargo: Enfermero clínico.

Unidad de desempeño: Clínica de Heridas del Hospital General HOSNAG.

Título profesional: Lcdo. en Enfermería.

Estudios de especialización: Capacitación en tratamiento avanzado de heridas.

Experiencia: Tratamiento de heridas tradicionales al menos dos años, deseable tratamiento avanzado de heridas un año.

Objetivos del cargo: Cuidado de los pacientes ambulatorios por medio de una planificación, ejecución y supervisión de un plan de enfermería que se derive del diagnóstico, tratamiento médico y evaluación de enfermería; se encargará de los procedimientos de alivio del dolor, cumpliendo los procesos y estándares de la unidad.

Principales funciones:

- Planificar, organizar, liderar, coordinar y supervisar la adecuada atención de los pacientes de la Clínica de Heridas.
- Cumplir con los requerimientos de los especialistas consultores y de apoyo.
- Registrar el ingreso, evolución, procedimientos y control de los pacientes que ingresen a la Clínica de Heridas.
- Coordinar gestiones de salud con otras unidades del Hospital General HOSNAG.
- Mantener el control, organización y cuidado de los equipos, materiales e insumos de la Clínica de Heridas.
- Mantener actualizados los registros de los pacientes e informes diarios de labores.
- Garantizar el cumplimiento de los protocolos de calidad y estándares del Hospital General HOSNAG y asegurar la seguridad del paciente.

Habilidades:

- Utilitarios de Microsoft Office básico.
- Manejo de correo electrónico.

Competencias:

- Liderazgo.
- Compromiso.
- Adaptabilidad al cambio.
- Ética.
- Responsabilidad.
- Prudencia.

Cargo: Auxiliar de enfermería.

Unidad de desempeño: Clínica de Heridas del Hospital General HOSNAG.

Título profesional: Auxiliar de Enfermería.

Estudios de especialización: Cursos sobre enfermería y alivio del dolor.

Experiencia: Un año en cargos similares.

Objetivos del cargo: Cuidado de los pacientes ambulatorios, realizar los procedimientos de alivio del dolor, cumpliendo los procesos y estándares de la unidad.

Principales funciones:

- Cumplir con las directrices del Lcdo. en Enfermería.
- Colaborar en cualquier actividad dentro de la Clínica de Heridas.
- Instruir al paciente y sus acompañantes sobre las normas y estándares del Hospital

General HOSNAG.

- Velar por la higiene y organización de la Clínica de Heridas.
- Preparar al paciente y gestionar la medicación, según los procedimientos del tratamiento.
- Atender al paciente conforme la patología presentada.
- Realizar los exámenes necesarios solicitados por el Lcdo. en Enfermería.
- Llevar adecuadamente sus registros y comunicar novedades al Lcdo. en Enfermería.
- Realizar el control de signos vitales de los pacientes.

Habilidades:

- Utilitarios de Microsoft Office básico.
- Manejo de correo electrónico.

Competencias:

- Compromiso.
- Adaptabilidad al cambio.
- Ética.
- Responsabilidad.

- Prudencia.

Capacitaciones.

Para el correcto funcionamiento de la clínica de heridas se propone la capacitación del personal clave dentro de la misma. Los profesionales que deben ser capacitados son los dos enfermeros, los dos auxiliares, el cirujano plástico y el cirujano vascular quienes son los que más utilizarán la clínica de heridas, los cuales deben conocer y empoderarse de los nuevos procedimientos que se realizarán en la clínica de heridas. El curso propuesto se denomina: *Certificación en Tratamiento Integral en Portadores de Ostomías, Fístulas Entero Cutáneas y Abdomen Abierto*. La primera capacitación se realizará el sábado 1 de octubre de 2018 y finaliza el sábado 1 de diciembre del mismo año; los horarios se establecieron, sábados y domingos de 9:00 AM a 18:00 PM. El establecimiento que dictará el curso es la Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UESS) con una inversión de \$700, de la cual se destinaron \$150 para la inscripción y \$550 para el valor del curso; este costo es para cada especialista. En la siguiente tabla se muestran mayores detalles sobre el curso de capacitación.

Tabla 44
Detalles de la capacitación

Nombre de la capacitación:	Certificación en Tratamiento Integral en Portadores de Ostomías, Fístulas Entero Cutáneas y Abdomen Abierto
Institución:	UESS
Inversión:	\$700 - \$150 inscripción y \$550 costo del curso.
Incluye:	Refrigerio, almuerzo y certificado de asistencia y aprobación.
Comienza:	1 de octubre de 2018.
Finaliza:	1 de diciembre de 2018.
Horarios:	Sábados y domingos de 09:00 AM a 18:00 PM.
Duración:	160 horas académicas – 120 horas de clases presenciales y 40 horas de clases no presenciales.
Objetivo general:	Capacitar y actualizar a profesionales con las habilidades y técnicas necesarias para el tratamiento integral en Portadores de Ostomías, Fístulas Entero Cutáneas y Abdomen Abierto.
Dirigido a:	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos generales. - Médicos especialistas. - Licenciados y técnicos en enfermería.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender los procesos anatómicos y fisiopatológicos

- del aparato digestivo y suelo pélvico.
- Determinar objetivos del tratamiento multidisciplinario en el abordaje del abdomen abierto.
 - Conocer signos premonitores y/o de riesgo para comprender la fisiopatología del aparato digestivo.
 - Planificar, diseñar y revisar las modernas guías y los últimos tratamientos estandarizados para el tratamiento de las fístulas entero-cutáneas.
 - Aprender tratamientos no convencionales para el abordaje de los estoma, eliminación de fístulas entero-cutáneas y abdomen abierto.
-

Nota. Datos tomados del campus de la UESS.

Producto / Servicio

Descripción de los servicios.

Curación mayor: El procedimiento es la reparación simple de heridas; en la sala de curaciones se dispondrá de insumos médicos fungibles, cinco gasas, dos apósitos, una venda y una solución; este tipo de curación incluye drenaje de absceso. Se pueden tener insumos adicionales como hilos de sutura, bisturí, roxicaína, mascarilla, etc.

Curación avanzada: Este tipo de procedimiento se basa en el principio del ambiente húmedo; por tanto, se utilizan apósitos que estimulan el microambiente de la herida. La curación avanzada incluye la curación mayor y la aplicación de otros insumos que se detallan a continuación:

- Apósito de espuma no adhesiva.
- Apósito con hidrofibras plata iónica 20 x 20.
- Apósito de carbón activado 10 x 20.
- Apósito de espuma 20x 20.
- Apósito hidrocoloide 20x20.
- Apósito de alginato de calcio.
- Pasta protectora de piel.
- Solución para el lavado de herida que consiste en agua purificada, poliexanida, estéril.

- Iruxol.
- Aquacel plata 20x30.
- Aquacel plata 20x30.

Plaza, cadena de Suministros y Operaciones

Infraestructura.

La Clínica de Heridas contará con dos cubículos, para la atención de los pacientes; se dispondrá de una sala de espera y un consultorio con una camilla un escritorio y un vestidor. Se tendrán dos vestidores, uno para ropa limpia y otro para ropa sucia, además de un baño de visita. En la siguiente figura se muestra la forma que tendrá el consultorio y las dimensiones de cada zona del mismo.

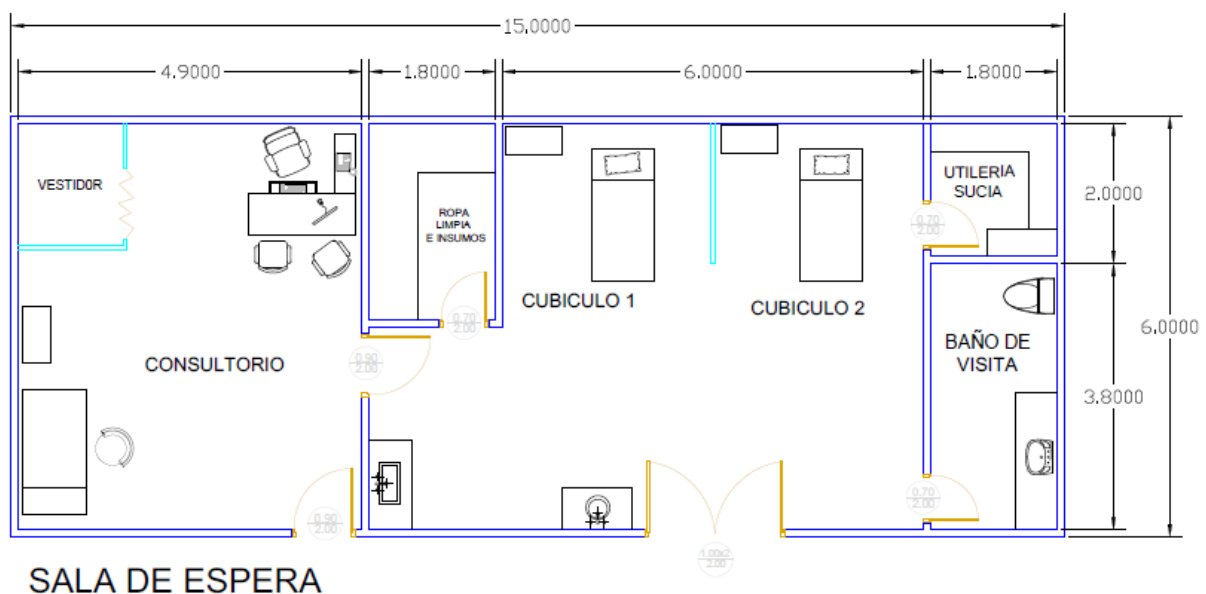


Figura 43. Infraestructura

Promoción

La nueva Clínica de Heridas deberá ser socializada a todos los aportantes del ISFFA, para que sepan que disponen de la última tecnología en curaciones de heridas. Además se deberán presentar afiches en áreas visibles del hospital para que la gente se instruya del servicio. Se enviarán correos electrónicos a todos los asegurados registrados para presentar el

nuevo servicio y se presentará en la página principal de internet para que las personas puedan conocer más sobre la Clínica de Heridas.

Luego de haber definido el diagnóstico estratégico con sus factores externos e internos, la matriz EFE, EFI, DAFO-CAME; las especificaciones del talento humano con su organigrama funcional, funciones de los puestos y capacitaciones; la descripción del servicio ofrecido, los aspectos de infraestructura y promocionales, se deben evaluar financieramente para identificar si el proyecto es factible desde el punto de vista económico.

Análisis de Costos

Inversión del presupuesto anual.

La inversión del presupuesto anual del proyecto estuvo compuesta de los activos fijos, más los gastos pre-operacionales. La inversión de activos fijos se dividió en los de producción y los administrativos. En los activos fijos de producción se incluyeron equipos como estetoscopios, tensiómetros, coche de curaciones, silla de ruedas, entre otros equipos y herramientas que tienen una larga duración. El total de activos fijos de producción fue de \$8,984.64; su depreciación anual fue de 898.46 como se muestra en la tabla a continuación.

Tabla 45
Activos fijos de producción

Activos fijos	Cantidad	Valor unitario	Valor con IVA	Vida útil	Depreciación (anual)	Depreciación (mensual)
Producción						
Estetoscopios	2	200.00	448.00	10	44.80	3.73
Tensiómetro	1	50.00	56.00	10	5.60	0.47
Cinta métrica	2	1.00	2.24	10	0.22	0.02
Balanza con tallímetro	1	500.00	560.00	10	56.00	4.67
Coche de curaciones	3	500.00	1680.00	10	168.00	14.00
Silla de rueda	2	150.00	336.00	10	33.60	2.80
Tanque de oxígeno portátil	1	500.00	560.00	10	56.00	4.67
Camas de exploración	2	1,500.00	3360.00	10	336.00	28.00
Equipo de curación (tres piezas)	10	60.00	672.00	10	67.20	5.60
Equipo de sutura (12 piezas)	3	240.00	806.40	10	80.64	6.72

Equipo de retiro de puntos(1 pieza)	2	50.00	112.00	10	11.20	0.93
Semiluna	5	10.00	56.00	10	5.60	0.47
Set de Diagnóstico	1	300.00	336.00	10	33.60	2.80
Total producción			8,984.64		898.46	74.87

Por otro lado, la inversión en activos fijos incluye también a aquellos que están destinados al área administrativa o a aquellos que no están relacionados directamente con la producción en sí. Entre estos activos fijos se encuentran sillas, vitrinas, computadoras, lámparas, entre otros activos que se muestran a detalle en la siguiente tabla. El valor total en estos activos fue de \$8,339.52 y su depreciación total anual fue de 1,667.90. Con los activos fijos de producción y los administrativos, se puede calcular la inversión total en activos fijos, la cual dio como resultado \$17,324.16, con una depreciación anual de \$2,566.37.

Tabla 46
Activos fijos administrativos

Activos fijos	Cantidad	Valor unitario	Valor con IVA	Vida útil	Depreciación (anual)	Depreciación (mensual)
Administrativa						
Silla ergonómica	1	100.00	112.00	5	22.40	1.87
Silla auxiliar	1	40.00	44.80	5	8.96	0.75
Sillas espera	2	40.00	89.60	5	17.92	1.49
Lámpara	1	50.00	56.00	5	11.20	0.93
Estantería	1	100.00	112.00	5	22.40	1.87
Vitrina	1	150.00	168.00	5	33.60	2.80
Escritorio	1	200.00	224.00	5	44.80	3.73
Baño	1	150.00	168.00	5	33.60	2.80
Computadora	1	600.00	672.00	5	134.40	11.20
Basurero de desechos biológicos	6	18.00	120.96	5	24.19	2.02
Basurero de desechos comunes	6	18.00	120.96	5	24.19	2.02
Archivero	1	200.00	224.00	5	44.80	3.73
Refrigerador pequeño	1	300.00	336.00	5	67.20	5.60
Equipo de proyección	1	1,000.00	1120.00	5	224.00	18.67
Extintor	1	80.00	89.60	5	17.92	1.49
Spleep 4000 BTU	2	1,000.00	2240.00	5	448.00	37.33
Cámara fotográfica	1	1,000.00	1120.00	5	224.00	18.67
Lámpara cuello de Ganso	2	130.00	291.20	5	58.24	4.85
Lavamanos de acero inoxidable	1	160.00	179.20	5	35.84	2.99

Taburete giratorio	2	150.00	336.00	5	67.20	5.60
Lavamanos	2	80.00	179.20	5	35.84	2.99
Mesa rodable multiuso	2	150.00	336.00	5	67.20	5.60
Total administrativo			8,339.52		1,667.90	138.99

Los gastos pre-operaciones estuvieron compuestos de la capacitación previa de los empleados para el desarrollo de la clínica de heridas; para que esta pueda iniciar su funcionamiento deberá contar con personal capacitado que sepa el nuevo procedimiento y la utilización de las nuevas técnicas; asimismo se incluyó la adecuación de la clínica, ya que la clínica de heridas no puede empezar a funcionar si no dispone de las instalaciones físicas adecuadas. La capacitación se estimó en \$4,200.00 y la adecuación de la clínica en \$10,000, sumando un total de gastos pre-operaciones de \$14,200 como se muestra a continuación.

Tabla 47
Gastos pre-operacionales

Gastos pre-operacionales	
Capacitación	4,200.00
Adecuación de clínica	10,000.00
Total	14,200.00

La inversión inicial total como se indicó anteriormente tuvo como componente la inversión en activos fijos totales y los gastos pre-operacionales. La inversión inicial total para la implementación de la Clínica de Heridas fue de \$31,524.16 como se muestra a continuación.

Tabla 48
Inversión inicial total

Inversión inicial	Valor total
Total inversión fija administrativa - producción	17,324.16
Total gastos pre-operacionales	14,200.00
Total inversión inicial	31,524.16

Costos directos e indirectos.

Para determinar el costo directo de una curación tradicional, se procedió a recolectar información del Hospital General HOSNAG y se identificó que cada curación mayor tiene un costo aproximado de \$26 en base a los datos históricos. Para el caso de la curación avanzada, se utilizan los apósitos, los cuales tienen una duración promedio de 10 curaciones cada uno, dando un promedio de costo de curación avanzada de 23.29. Los costos de cada uno de ellos se muestran a continuación.

Tabla 49
Costos de apósitos

Apósito	Costo unitario de insumo	Costo para cada diez curaciones
Apósito de espuma no adhesiva	6	0.6
Apósito con hidrofibras plata iónica 20 x 20	10.88	1.088
Apósito de carbón activado 10 x 20	15	1.5
Apósito de espuma 20x 20	12	1.2
Apósito hidrocoloide 20x20	10	1
Apósito de alginato de calcio	20	2
Pasta protectora de piel	15	1.5
Solución para el lavado de herida (agua purificada, undecilenaminopropilbetaina, poliexanida, estéril)	10	1
Irujol	20	2
Aquacel plata 20x30	106	10.6
Polvo de quemado	8	0.8
Promedio por curación		23.29

Los costos indirectos son los que no están relacionados directamente con la producción; es decir son necesarios pero no forman parte de la producción en sí. Entre estos costos se determinaron los termómetros con duración de tres meses, fundas de uso diario, guardián de cortopunzantes con duración de un año, malla cush de uso mensual, sábanas, mantenimiento anual de equipos, mantenimiento anual de las computadoras y la depreciación de los equipos de producción, que también son considerados gastos para fines fiscales. A continuación se muestran los costos indirectos de la Clínica de Heridas.

Tabla 50
Costos indirectos

Material indirecto	Costo	Presentación	Duración
Termómetro digital	3.75	Unidad	3 meses
Fundas rojas	0.40	Unidad	1 diaria
Fundas negras	0.20	Unidad	1 diaria
Guardián de cortopunzantes	5.89	Unidad	1 anual
Malla cush net N 2	1.31	Metro	1 mensual
Malla cush net N 4	3.92	Metro	1 mensual
Malla cush net N 6	4.60	Metro	1 mensual
Malla cush net N 8	5.40	Metro	1 mensual
Sábanas	5.00	Unidad	1 mensual
Mantenimiento de equipos	150.00		Anual
Depreciación producción	204.20		Anual
Mantenimiento computadora	120.00		Anual
Total anual	\$956.80		

Otro componente de los costos totales es la mano de obra directa; en la Clínica de Heridas se consideró la contratación de dos enfermeros y dos auxiliares de enfermería con un sueldo de \$1,212 y \$670 respectivamente. De estos ingresos, el empleado debe realizar el aporte personal del 9.45% y el fondo de reserva del 8.33%. En el costo para el hospital de la mano de obra directa, se incluye el aporte patronal del 11.15%, el fondo de reserva del 8.33%, el décimo tercer sueldo, décimo cuarto sueldo y las vacaciones. El costo mensual para el hospital fue de \$4,779.19; en el primer año no se paga el fondo de reserva. Se estimó un incremento en el sueldo del 3%, en base a los últimos incrementos del sueldo básico realizados en el Ecuador.

Tabla 51
Mano de obra directa

Cargo	Cantidad	Sueldo	Total ingresos	Aporte personal (9.45%)	Fondo de reserva (8.33%)	Empleado recibe
Enfermero	2	1,212.00	2,424.00	229.06	201.92	2,396.55
Auxiliar de enfermería	2	670.00	1,340.00	126.63	111.62	1,324.99
Total			3,764.00	355.69	313.54	3721.84

Tabla 52

Mano de obra directa – costo para la empresa

Cargo	Aporte patronal (11.15%)	Fondo de reserva (8.33%)	XIII sueldo mensual	XIV sueldo mensual	Vacaciones mensuales	Total
Enfermero	270.27	201.92	202.00	62.50	101.00	837.69
Auxiliar de enfermería	149.41	111.62	111.67	62.50	55.83	491.03
Total Beneficios						1,328.72
Sueldo + Beneficios	\$3,764.00 + \$1,328.72					\$5,092.72

Tabla 53

Mano de obra directa anual

Mano de obra directa	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Costo mensual (+3% anual)	4,779.19	5,245.51	5,402.87	5,564.96	5,731.91
Costo anual	57,350.23	62,946.11	64,834.49	66,779.53	68,782.91

Gastos administrativos.

Los gastos administrativos estuvieron compuestos de los servicios básicos, donde se incluyó el gasto de \$120 en luz y \$40 en agua; los suministros de oficina se estimaron en \$10 mensuales, se incluyó también la depreciación de los equipos y mobiliario administrativo; además de los gastos pre-operacionales como se muestra en la tabla.

Tabla 54

Gastos administrativos

Detalle	Mensual	Anual
Servicios básicos	\$ 160.00	\$ 1,920.00
Suministros de oficina	\$ 10.00	\$ 120.00
Depreciación administrativa	\$ 138.99	\$ 1,667.90
Gastos pre-operacionales	\$ 14,200.00	\$ 14,200.00
Total gastos administrativos		\$ 17,907.90

Estancia hospitalaria.

El costo de la estancia hospitalaria en el Hospital General HOSNAG, comprende la habitación que contiene dos camas, el cuidado y manejo diario, el cuidado subsecuente por día y la dieta hospitalaria. El costo total diario es \$89.62 actualmente, su desglose se muestra

en la tabla a continuación, además se muestra el costo de curación mayor y el promedio de los costos de los apósitos por curación.

Tabla 55
Resumen de costos actuales

Información de costos actuales	
Costo de curación mayor	\$ 26.00
Promedio de costo de apósitos y cremas activas para curación avanzada.	\$ 23.29
Costo de estancia hospitalaria	
Habitación de dos camas	\$ 51.67
Cuidado y manejo diario	\$ 8.91
Cuidado subsecuente por día	\$ 17.42
Dieta hospitalaria	\$ 11.62
Total	\$ 89.62

Diferencia entre situación actual y propuesta planteada

Productividad y comparación de costos

La principal ventaja de esta propuesta del servicio de Clínica de Heridas es la reducción de la estancia hospitalaria; por tanto, es la medida principal para contrastar la eficiencia de ambos métodos. El promedio de la estancia hospitalaria actualmente es de 19.75 días como se comprobó en el capítulo tres; mientras que en la Clínica de Heridas será de 17.77 días, debido a la reducción del 10% en el tiempo de curación de los pacientes, como se muestra en la tabla a continuación. El ahorro en promedio será de 1.98 días cumpliendo con el objetivo planteado en la propuesta, en la tabla 56 se identifica la productividad de la estancia hospitalaria.

Tabla 56
Productividad estancia hospitalaria

Situación actual de atención de heridas		Clínica de heridas Propuesta	Diferencia atención tradicional vs propuesta
Descripción	Días de estancia hospitalaria	Días de estancia hospitalaria – curación avanzada (-10%)	Ahorro (días)
Úlceras por presión	25	22.5	2.5
Úlceras varicosas	19	17.1	1.9
Pie diabético	15	13.5	1.5

Otras heridas	20	18	2
Promedio	19.75	17.77	1.98

Esta mejora en la productividad por cada paciente, se refleja también en los costos de curación de los pacientes; por tanto, al disponer de los días de estancia hospitalaria y los costos por cada día en hospitalización, se puede determinar el ahorro generado con el nuevo método de curación que en promedio será de \$176.75 por cada paciente, como se muestra en la tabla a continuación.

Tabla 57

Costo de estancia hospitalaria

Situación actual de atención de heridas		Clínica de heridas Propuesta	Diferencia atención tradicional vs propuesta
Descripción	Costo de estancia hospitalaria	Costo de estancia hospitalaria – curación avanzada	Ahorro (\$)
Úlceras por presión	\$ 2,241	\$ 2,016	\$ 224
Úlceras varicosas	\$ 1,703	\$ 1,533	\$ 170
Pie diabético	\$ 1,344	\$ 1,210	\$ 134
Otras heridas	\$ 1,792	\$ 1,613	\$ 179
Promedio	\$ 1,770	\$ 1,593	\$ 176.75

El costo de la estancia hospitalaria viene acompañado del costo de las curaciones; se pudo determinar que la curación tradicional se debe realizar a diario a cada paciente; sin embargo, para la curación avanzada se realiza cada tres días, al igual que la colocación de lo apósitos y cremas activas; esto genera un ahorro en costos al durar más tiempo los insumos; además se constató mediante la investigación (Iberolatinoamerica, 2011) que las úlceras por presión en el hospital son prevenibles con medidas adecuadas que realiza la Clínica de heridas, de 40 heridas identificadas se puede reducirá cuatro heridas con el nuevo servicio, evitando la aparición de 36 heridas UPP en pacientes hospitalizados, como señala la con lo que se mejora la productividad de la Clínica de Heridas. En la tabla a continuación, se muestran los costos de las curaciones y la reducción de las úlceras por presión. El ahorro promedio de la curación avanzada con respecto a la tradicional fue de \$221.25. En términos

generales, el ahorro total que consta los costos en la estancia hospitalaria es de \$176.75 adicional con la curación avanzada es de \$221.25 dando un total de ahorro de \$398 por paciente.

Tabla 58
Costos de las curaciones tradicionales y avanzadas

Situación actual de atención de heridas crónicas		Clínica de herida propuesta			Diferencia atención tradicional vs propuesta
Descripción	Costo de la curación tradicional(diario)	Curación mayor (cada tres días)	Productos activos (cada tres días)	Total	Resultado (\$)
Úlceras por presión	\$ 650	\$ 195	\$ 175	\$ 370	\$ 280
Úlceras varicosas	\$ 494	\$ 148	\$ 133	\$ 281	\$ 213
Pie diabético	\$ 390	\$ 117	\$ 105	\$ 222	\$ 168
Otras heridas	\$ 520	\$ 156	\$ 140	\$ 296	\$ 224
Promedio	\$ 513.5	\$ 154	\$138.25	\$ 292.25	\$ 221.25

Tabla 59
Prevención de aparición de úlceras por presión

Descripción	Situación actual	Clínica de heridas Propuesta	Resultado
Úlceras por presión	40 heridas identificadas	4 heridas	36 heridas prevenibles

Indicadores de Gestión

- Estancia hospitalaria promedio = $(\sum \# \text{ días estancia hospitalaria}) / (\# \text{ de pacientes hospitalizados})$.

Frecuencia: Mensual.

Meta: Máximo (a) úlceras por presión:22.5 días, (b) úlceras varicosas: 17.1 días, (c) pie diabético: 13.5 días, (d) otras heridas: 18 días.

Responsable: Enfermero de turno.

Explicación: Se ha identificado que el promedio de hospitalización con curaciones avanzadas varía dependiendo de la herida y corresponde al 10% menos de la curación tradicional; por tanto, se debe controlar que se cumpla esta meta ya que esa es la principal ventaja del nuevo método, el reducir la estancia hospitalaria que es el costo más elevado para el Hospital.

- Eficiencia de curaciones = (# de curaciones requeridas) / (# curaciones realizadas).

Frecuencia: Mensual.

Meta. 100%.

Responsable: Enfermero de turno.

Explicación: Al inicio del tratamiento, el enfermero especificará la cantidad de curaciones óptimas conforme a la gravedad de la herida; se deberá registrar la evolución del paciente, indicando la cantidad de curaciones que se hicieron en total; este valor no debe superar al número de curaciones requeridas; en caso de que sea mayor, la eficiencia del tratamiento no fue buena.

- Satisfacción del paciente = $(\sum \text{niveles de satisfacción} / \text{encuestas realizadas})$.

Frecuencia: Mensual.

Meta: Superior a 4.

Responsable: Enfermero de turno.

Explicación: Se colocará un ánfora donde el paciente podrá ingresar su calificación con respecto a la satisfacción del servicio recibido. La pregunta y las respuestas se muestran a continuación:

¿Cómo considera el servicio recibido por la Clínica de Heridas?

1. Completamente deficiente.
2. Algo deficiente.
3. Ni deficiente ni satisfactorio.

4. Satisfactorio.

5. Completamente satisfactorio.

El indicador va a sumar todas estas ponderaciones en el mes, y luego las dividirá para la cantidad de calificaciones realizadas, con lo cual obtendrá el promedio, el cual deberá estar por encima de satisfactorio, es decir superior a cuatro.

- Capacitaciones a los médicos = (# capacitaciones al año)

Frecuencia: Anual.

Meta: Mínimo 1.

Responsable: Departamento de Recursos Humanos.

Explicación: El Departamento de Recursos Humanos, debe gestionar al menos una capacitación anual al personal involucrado en la Clínica de Heridas, esta capacitación debe estar relacionada a la curación avanzada y su desarrollo en el campo de la medicina.

- Motivación laboral = (Nivel de motivación)

Frecuencia: Anual.

Meta: Mínimo el 85%.

Responsable: Departamento de Recursos Humanos.

Explicación: El Departamento de Recursos Humanos deberá desarrollar una encuesta completa de motivación para evaluar al personal de manera anónima, con la intención de identificar si el personal se encuentra motivado en el trabajo o si existen factores que impiden su autorrealización.

Plan de Contingencia

Tabla 60
Plan de contingencia

Riesgo	Contingencia
Tratamientos más eficaces para la curación de heridas.	Adaptación de la Clínica de Heridas a los nuevos tratamientos.
Alianza del ISFFA con otras instituciones para el tratamiento de heridas crónicas.	Control financiero para demostrar el ahorro generado por la Clínica de Heridas.
Cambios en la ley del MSP sobre la compra de medicina que no está en su registro.	Elaboración de informe sobre la evidencia científica de la eficacia y eficiencia de la curación avanzada, en el mundo y en el Hospital General HOSNAG.
Ausencia de medicamentos.	Mantener al menos la cotización de tres proveedores y gestionar un inventario de seguridad.
Incremento de costo de los insumos y medicamentos.	Desarrollar una evaluación financiera periódica en comparación con la curación tradicional, para garantizar el ahorro generado por la Clínica de Heridas.

En el plan de contingencia se detallaron los problemas o escenarios que puede afrontar la presente propuesta. Como primer punto se señaló el hecho de que aparezcan mejores tratamientos para las heridas, para lo cual se estableció que la clínica debe adaptarse a los nuevos cambios. Las alianzas del ISFFA con otras instituciones para el tratamiento de heridas crónicas puede dejar sin efecto la implementación de la nueva clínica, por lo que se debe sustentar el ahorro económico generado. El proyecto depende también de la normativa del MSP para aprobar compra de medicina que no está en sus registros, por esta razón se propone elaborar un informe sobre evidencia científica que sustente la clínica de heridas. La ausencia de los medicamentos, en este caso los apósitos se va a controlar por medio de la cotización con tres proveedores y con una gestión de inventario de seguridad. Finalmente, se propuso estudiar financieramente los costos en comparación a la curación tradicional para garantizar el ahorro del proyecto.

Conclusiones

- El 83% del personal de salud indican que realizan curación tradicional a los pacientes de Hospitalización, Emergencia y Terapia Intensiva, con un grado de conocimiento sobre las medidas preventivas del 62.8% y del 61.8% sobre el tratamiento de la curación avanzada, ocasionando un manejo inadecuado en las heridas crónicas.

- Los médicos especialistas como son: médico cirujano vascular y cirujano plástico afirman en la entrevista que en ciertos pacientes si se realiza curación avanzada, pero a la mayor parte de usuarios se aplica la curación tradicional debido a la falta de insumos en el hospital, permitiendo alargar el tratamiento y ocasionando gastos al paciente y al hospital.

- Se revisaron 98 historias clínicas en relación a pacientes con heridas crónicas en el periodo de mayo del 2016 a mayo del 2017 en donde se identificó que el promedio aproximado de estancia hospitalaria es de 19.75 días y su desenlace fue: 36% transferidos, 30% de los pacientes son dados de alta del hospital con piel integra, el 25% de los pacientes son dados de alta con lesiones en la piel y el 5% son amputados alguna extremidad.

- La Clínica de Heridas contará con dos enfermeros y dos auxiliares de enfermería, así como con el apoyo de distintos médicos especialistas. La inversión inicial del proyecto fue de \$31,524.16 y la realizará el Hospital con capital propio. El total anual de los costos indirectos se estableció en \$956.80. El total de sueldos y salarios se determinó en \$57,350.23 al año; los gastos administrativos sumaron un valor de \$17,907.90 anual. El costo de la estancia hospitalaria por día fue de \$89.62; la reducción del 10% en los días de hospitalización permitió el ahorro de 1.98 días que significaron \$176.75 de ahorro en promedio por paciente. La curación tradicional en promedio representa un gasto actual de \$513.50, mientras que la curación avanzada un gasto de \$292.25, lo que le refleja al Hospital un ahorro de \$221.25. El ahorro total que generó la Clínica de Heridas fue de \$398 por paciente.

Recomendaciones

- Capacitar a dos profesionales y dos auxiliares en enfermería sobre el tratamiento y prevención de heridas crónicas en una institución educativa de alto prestigio para que sean parte del servicio de clínica de heridas, con el fin de que mencionado personal desarrolle un programa de prevención de heridas crónicas en todo el hospital.
- Centralizar el tratamiento de las heridas crónicas con la nueva cadena de valor propuesta por este estudio y así evitar la manipulación de las heridas crónicas por diferente personal que no cuenta con el conocimiento necesario.
- Formar un equipo multidisciplinario con la participación de los servicios de: cirugía vascular, cirugía plástica, nutrición, Infectología, psicología, unidad del dolor, trabajo social y que sea liderado por el personal de enfermería con el fin de manejar en conjunto el tratamiento de las heridas crónicas.
- Incentivar a los directivos del Hospital para el incremento del presupuestario anual en la adquisición de productos que son necesarios para la curación avanzada en los pacientes que sufren de heridas crónicas.
- Crear el servicio de clínica de heridas con la finalidad de brindar tratamiento ambulatorio al mayor porcentaje de pacientes con heridas crónicas, de la misma forma aplicar la curación avanzada a pacientes que obligadamente ameriten hospitalización.
- Fomentar la prevención de heridas crónicas, en los pacientes con enfermedades susceptibles a padecer lesiones en la piel como son: hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, alteraciones neuromusculares, insuficiencia vascular periférica y así evitar hospitalizaciones que generan altos costos al Hospital.
- Se recomienda que se implemente la creación de la Clínica de Heridas en el Hospital General HOSNAG, debido a que el proyecto genera un ahorro de \$398 por cada paciente atendido, además se cuenta con el área y la liquidez necesaria para llevarlo a cabo.

Referencias

- Aceves, A., Medina, G., & Jiménez, J. (2013). Terapia de presión negativa como alternativa en el manejo de la infección en cirugía de columna. *Coluna/Columna*, 12(4), 330-333. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512013000400015>
- Allué, M., Ballabriga, M., Sierra, C., Gallego, L., García, A., & Moya, M. (2013). *Heridas crónicas: un abordaje integral*. Obtenido de <http://www.codem.es/guias/heridas-cronicas-un-abordaje-integral>
- Andrades, P., Sepúlveda, S., & González, J. (2004). Curación avanzada de heridas. *Revista Chilena de Cirugías*, 56(4), 396-403.
- Apelqvist, J., Armstrong, D., Lavery, L., & Boulton, A. (2008). Resource utilization and economic costs of care based on a randomized trial of vacuum-assisted closure therapy in the treatment of diabetic foot wounds. *The American Journal of Surgery*, 195(6), 782-788.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2011). Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Registro oficial Suplemento 995. Obtenido de <http://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/ley-de-seguridad-social-de-las-Fuerzas-Armadas.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2012). Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento No. 625. http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf.
- BCE. (2017a). *Información estadística mensual*. Obtenido de <https://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>

- Beask, P., Bermejo, M., Capillas, R., Cerame, S., García, F., Gómez, J., y otros. (2013). Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. *Gerokomos*, 24(1), 27-31.
- Berner, J., Vidal, P., Will, P., & Castillo, P. (2014). Uso de oxígeno hiperbárico para el manejo de heridas: bases físicas, biológicas y evidencia disponible. *Revista Médica de Chile*, 142, 1575-1583.
- Blanchard, O., Amighini, A., & Giavazzi, F. (2012). *Macroeconomía 5a. Ed.* Madrid: Pearson Educación.
- Ceballos, T., Velásquez, P., & Jaén, J. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención tabla 1. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 274-295. doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
- Consenso Internacional: La importancia de un tratamiento eficiente de heridas”, por Wounds Internacional, 2014 tabla 2. Recuperado de <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/La-importancia-de-un-tratamiento-eficiente-de-heridas.pdf>
- Crumbley, D., Ice, R., & Cassidy, R. (1999). Nurse-managed wound clinic. A case study in success. *Nursin Case Management*, 4(4), 178-180.
- Enoch, S., & Leaper, D. (2007). Basic Science of Wound Healing. *Surgery*, 26, 31-37.
- Fife, C., & Carter, M. (2012). Wound Care Outcomes and Associated Cost Among Patients Treated in US Outpatient Wound Centers: Data From the US Wound Registry. *Wounds*, 24(1), 7-10.
- García, R., Gago, M., Chumilla, S., & Gaztelu, V. (2013). Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. *Gerokomos*, 24(3), tabla 1, 132-138.
- Gómez, P., Bermejo, M., Capillas, R., Cerame, S., García, F., Gómez, J., y otros. (2013). Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio

ATENEA. *Gerokomos*, 24(1), 27-31. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100006>

González, E., Palacio, L., & Ruiz, M. (2011). Clínica de Heridas en la ciudad de Medellín.

Repositorio digital de la CES. Recuperado de

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1440/2/Clinica_heridas.pdf.

Guarín, C., Quiroga, P., & Landinez, N. (2013). Proceso de cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 61(4), 441-448.

Hernández, S. (2011). *Introducción a la administración. Teoría general administrativa: origen, evolución y vanguardia 5a. Ed.* México D.F.: McGraw-Hill.

Hinojosa, D. (2012). Conocimiento de los profesionales de urgencias sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Gerokomos*, 23(4), 178-184.

HOSNAG. (2017). *Resumen Ejecutivo - Informa de Gestión al 30 de abril de 2017*. Obtenido de apphosnag.armada.mil.ec/web/content/1389?unique...download=true

Hospital General HOSNAG (2017). Estructura Organizacional del Hospital General

HOSNAG. Tomado de “Manual de Organización del” Recuperado de

<http://apphosnag.armada.mil.ec/page/organigrama>

Iberolatinoamerica, S. (2011). *Declaración de Río de Janeiro sobre la prevención de úlceras por presión como derecho universal*. Recuperado el 11 de Abril de 2017, de

<http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Espanol.pdf>

Iglesias, C., Nelson, E., Cullum, N., & Torgerson, D. (2004). Economic analysis of VenUS I, a randomized trial of two bandages for treating venous leg ulcers. *The British Journal of Surgery*, 91(10), 1300-1306.

- INEC. (2010). *Proyecciones poblacionales*. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf
- INEC, (2010) Censo de Población y Vivienda 2001, 2010” obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
- ISSFA. (2017). *Quiénes somos*. Obtenido de http://www.issfa.mil.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=160
- Jiménez, C. (2008). Curación avanzada de heridas. *Revista Colombiana de Cirugía*, 23(3), 146-155.
- Lazarus, G., Cooper, D., Knighton, D., Margolis, D., Percoraro, R., Rodeheaver, G., y otros. (1994). Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. *Wound Repair and Regeneration*, 2(3), 165-170.doi:10.1046/j.1524-475X.1994.20305.x
- Lazzari, L., & Maeschalck, V. (2012). *Control de gestión: Una posible aplicación del análisis FODA*. Obtenido de <http://www.ojs.econ.uba.ar/ojs/index.php/CIMBAGE/article/viewFile/311/565>
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (2014). *COIP. Oficio No. SAN-2014-0138*. Obtenido de http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf
- Moore, Z., Cowman, S., & Posnett, J. (2013). An economic analysis of repositioning for the prevention of pressure ulcers. *The Journal of Clinical Nursing*, 22(15), 2354-2360.doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04310.x

- MSP. (2013). *Instructivo para autorizar la adquisición de medicamentos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, para los establecimientos que conforman la Red Pública Integral de Salud, RPIS*. Obtenido de <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/A-3155-Instructivo-para-autorizar-la-adquisici%C3%B3n-de-medicamentos-que-no-constan-en-el-CNMB-p.pdf>
- MSP. (2014). *Camas y egresos hospitalarios, Ecuador 2014*. Obtenido de <https://public.tableau.com/profile/publish/egresoshospitalariosinec2014/Menu#!/publish-confirm>
- MSP. (2014b). *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud: Norma técnica*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf>
- MSP. (2016). *Seguridad del Paciente - Usuario*. Obtenido de <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>
- MSP. (2016a). *Norma Técnica de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico*. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0137_2016%2008%20dic.pdf
- Oien, R., & Ragnarson, G. (2006). Accurate diagnosis and effective treatment of leg ulcers reduce prevalence, care time and costs. *Journal of Wound Care*, 15(6), 259-262.

- OMS. (2012). *Datos sobre seguridad del paciente*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/
- OMS. (2016). *Quemaduras*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
- OMS. (2017). *Seguridad del paciente*. Obtenido de <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- Porter, M. (2017). *Ser competitivo*. Bilbao: Deusto Ediciones.
- Posnett, J., & Franks, P. (2008). The burden of chronic wounds in the UK. *Nursing Times*, 104(3), 44-45.
- Ramió, C. (2016). *Teoría de la Organización y Administración Pública*. Obtenido de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12817/Teoria%20de%20la%20organizaci%C3%B3n.pdf?sequence=1>
- Rezende, K., Ferraz, M., Malerbi, D., Melo, N., Nunes, M., Pedrosa, H., y otros. (2009). Direct costs and outcomes for inpatients with diabetes mellitus and foot ulcers in a developing country: The experience of the public health system of Brazil. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 3(4), 228-232. doi:<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2009.04.004>
- Secretaría de Salud de México. (2017). <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/lineamientos-para-la-implementacion-de-clinica-de-heridas?state=published>. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/lineamientos-para-la-implementacion-de-clinica-de-heridas?state=published>
- SENPLADES. (2017). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Obtenido de www.buenvivir.gob.ec/
- SILAUHE. (2011). *Declaración de Río de Janeiro sobre la prevención de las úlceras por presión como derecho universal*. Obtenido de <http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Espanol.pdf>

- Singer, A., & Clark, R. (1999). Cutaneous wound healing. *The New England Journal of Medicine*, 341(10), 738-746. doi:10.1056/NEJM199909023411006
- Soldevilla, J., Torra, J., Posnett, J., Verdú, J., San Miguel, L., & Mayan, J. (2007). Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*, 18(4), 43-52.
- Thompson, A., Peteraf, M., Gamble, J., & Strickland, A. (2012). *Administración estratégica: Teoría y casos 18va. Ed.* México D.F.: McGraw-Hill.
- Valencia, C. (2010). Cicatrización: Proceso de Reparación tisular. Aproximaciones terapéuticas. *Investigaciones Andina*, 12(20), 85-98.
- Velnar, T., Baley, T., & Smrkolj, V. (2009). The wound healing process: an overview of the cellular and molecular mechanisms. *Journal of International Medical Research*, 37, 1528-1542.
- Verdú, J., & Perdomo, E. (2011). *Documento Técnico GNEAUPP No. XII: Nutrición y heridas crónicas*. Obtenido de http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/59_pdf1.pdf
- Wachter, R., & Goldman, L. (1996). The Emerging Role of “Hospitalists” in the American Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, 335, 514-517. doi:10.1056/NEJM199608153350713
- Winter, G., & Scales, J. (1963). Effects of fair drying and dressings on wounds. *Nature*, 197-199.
- Wounds International. (2014). *Consenso Internacional: La importancia de un tratamiento eficiente de heridas*. Obtenido de <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/La-importancia-de-un-tratamiento-eficiente-de-heridas.pdf>

Zonana, A., Baldenebro, R., Félix, G., & Gutiérrez, P. (2011). Tiempo de estancia en medicina interna: Función del médico hospitalista. *Medicina: Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 49(5), 527-531.

Apéndice

Apéndice A. Autorización para la obtención de información para el proyecto de investigación

REPÚBLICA DEL ECUADOR



El Ecuador ha sido, es y será País Amazónico

**ARMADA DEL ECUADOR
HOSPITAL GENERAL HOSNAG**



Oficio Nro. FN-HOSNAG-SDD-2016-032-O
Guayaquil, 21 de abril de 2017

Asunto: Autorización de Proyecto de Investigación

**Economista
María del Carmen Lapo Maza
DIRECTORA DE MAESTRIA
UNIVERSIDA CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Presente.-**

De mis consideraciones:

En relación a la solicitud de su oficio No. MGSS-XII-B-059-2017, esta Dirección autoriza al señor Lcdo. DANNY NICOLALDE RODRIGUEZ, alumno de la Maestría en Gerencia en servicios de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para que realice en este Hospital su Proyecto de Investigación con el tema, "ANALISIS DE LA DEMANDA DEL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS Y SU RELACION CON LA CREACION DE UNA CLINICA DE HERIDAS DENTRO DEL HOSPITAL GENERAL HOSNAG DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL", requisito para obtener el título de Magister.

Al termino del Trabajo de Investigación el mencionado profesional deberá entregar una copia a este Hospital en la Subdirección de Docencia e Investigación.

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y LIBERTAD



Pablo HERRERA Salazar
Capitán de Fragata-DM
DIRECTOR



Copia para: Archivo.-
EJR/MEscala

Avenida de la Marina S/No. Vía al Puerto Marítimo, Telefax: (04) 2 484869; 2487063,-pág Web: www.hosnag@armada.mil.ec

Apéndice B. Encuesta de opinión del usuario externo sobre la demanda y tratamiento de las heridas y ostomías en relación a la creación de clínica de heridas dentro del Hospital General HOSNAG

ANÓNIMO: La información obtenida en este formulario es estrictamente confidencial y no se darán a conocer a nadie sino únicamente en resumen estadísticos que no permite deducir información individual.

OBJETIVO: Investigar las necesidades de la demanda y tratamiento de las heridas en relación con la creación de clínica de heridas y ostomías con el fin de mejorar la calidad de atención.

1. ¿Conoce usted algún centro especializado para curación de heridas y ostomías dentro de alguna institución de salud a nivel Nacional?

SI NO

2. ¿Conoce la diferencia entre la curación tradicional y la curación avanzada de heridas?

SI NO

3. ¿Piensa que es importante un área exclusivamente para el tratamiento de heridas u ostomías en el Hospital General HOSNAG?

SI NO

4. ¿Para la curación de las heridas que horario usted prefiere?

08:00 a 12:00 12:00 a 16:00 16:00 a 20:00

	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en desacuerdo ni en acuerdo	Bastante desacuerdo	Totalmente desacuerdo
5. ¿Piensa usted que es importante la educación del manejo de las heridas y ostomías con la familia?					
6. ¿Ha recibido una explicación sobre el tratamiento de las heridas u ostomías que han completado sus inquietudes?					
7. ¿En el Hospital General HOSNAG ha recibido orientación para prevenir las heridas en relación con su condición de salud?					
8. ¿Considera usted que sus heridas están siendo tratadas adecuadamente?					

Apéndice C. Encuesta de opinión del usuario interno sobre la demanda y tratamiento de las heridas y ostomías en relación a la creación de clínica de heridas dentro del Hospital

General HOSNAG

ANÓNIMO: La información obtenida en este formulario es estrictamente confidencial y no se darán a conocer a nadie sino únicamente en resumen estadísticos que no permite deducir información individual.

OBJETIVO: Investigar las necesidades de la demanda y tratamiento de las heridas en relación con la creación de clínica de heridas y ostomías con el fin de mejorar la calidad de atención.

Persona encuestada:

Médico Licenciado en enfermería
 Paramédico Auxiliar en enfermería
 Consulta externa Hospitalización Emergencia Cuidados intensivos

1. ¿Conoce usted algún centro especializado para la curación de heridas y ostomías dentro de alguna institución de salud a nivel Nacional?

SI NO

2. ¿Qué tipo de curación realiza?

Curación convencional Curación Avanzada

3. ¿Conoce protocolos de la institución para la curación de las heridas y manejo de ostomías?

SI NO

4. ¿Qué productos por lo general usted utiliza para la limpieza de una herida?

Povidona yodada clorexidine solución salina 09%

5. ¿Cuántas curaciones promedio mensual usted realiza?

1 a 5 6 a 10 10 a 20 más de 20

	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en desacuerdo ni en acuerdo	Bastante desacuerdo	Totalmente desacuerdo
5. ¿Ha recibido capacitación sobre el tratamiento de las heridas u ostomías en esta casa de salud?					
6. ¿Usted ha realizado un curso especializado en la curación de heridas fuera de la institución?					
6. ¿Piensa que es importante un área exclusivamente para el tratamiento y prevención de heridas y manejo de ostomías en el Hospital General HOSNAG?					
7. ¿En el Hospital General HOSNAG ha recibido orientación para prevenir las heridas en relación con a la condición de salud del paciente?					

Apéndice D. Encuesta al cliente interno sobre el tratamiento y prevención de heridas crónicas

ANÓNIMO: La información obtenida en este formulario es estrictamente confidencial y no se darán a conocer a nadie sino únicamente en resumen estadísticos que no permite deducir información

OBJETIVO: Investigar las medidas preventivas y el tratamiento de las heridas que se realiza en esta casa de salud.

Marcar con una X la respuesta

DATOS PERSONALES

Género Masculino Femenino
Profesión Médico Tratante Interno de Medicina Paramédico
 Médico Residente Licenciado en Enfermería Aux.Enfermería

Área en la que labora

Emergencia Unidad de Cuidados Intensivos Hospitalización

¿Ha recibido alguna formación sobre el cuidado y prevención de heridas crónicas?

Formación reglada Formación no reglada No ha recibido
 Especifique cual: _____

¿Cuál es el promedio mensual de curaciones de heridas que usted trata?

1 a 5 6 a 10 10 a 20 más de 20

¿Cuál de estos tipos de heridas crónicas usted realiza curaciones con mayor frecuencia?

Úlceras por presión Úlceras varicosas Pie diabético Otros
 Especifique: _____

Grado de conocimiento en la prevención de las heridas	SI	NO
1.-La inmovilidad, la nutrición, la alteración del nivel de conciencia y la humedad ¿son factores de riesgo de padecer alguna herida crónica?		
2. ¿Es conveniente dar un masaje en aquella zona enrojecida de una prominencia ósea que ha sido afectada por la presión?		
3. ¿Es aconsejable aplicar colonias, alcoholes (romero, alcanforados...) sobre la piel de los pacientes geriátricos para refrescarles al momento de la higiene?		
4. Al elevar la cabecera de la cama más de 30 ° ¿Potencia el riesgo de aparición de úlceras por presión?		
5. ¿Es recomendado el uso de “flotadores”, “roscos” en zona sacra para evitar las úlceras por presión?		
Grado de conocimiento en el tratamiento de las heridas		
6. ¿Suele estar contaminada la mayor parte de las heridas crónicas?		
7. ¿Sería la povidona iodada un tratamiento de primera elección para la cura de las heridas crónicas?		
8. ¿Se puede saber el estadio o grado de una úlcera sin haber eliminado previamente el tejido necrótico?		
9. Cuando se habla de cura en “ambiente húmedo” ¿nos referimos a gasas humedecidas con suero fisiológico y en algunas ocasiones con una pequeña cantidad de povidona iodada?		

	SI	NO
10. ¿Es necesario tener en cuenta la cantidad de exudado de una herida para la elección de un apósito?		
11. ¿El método más indicado para diagnosticar la infección de una herida sería la obtención de muestras mediante hisopo o torunda?		
12. ¿Es conveniente la aplicación de antibióticos tópicos en las heridas con signos de infección?		
13. ¿Estaría indicado usar colagenasa (Irujol®) en una herida con tejido desvitalizado: esfacelos, fibrina, necrosis...?		
14. ¿Son los apósitos de plata una buena elección para las heridas con signos de infección?		
Grado de satisfacción y conocimiento sobre cuestiones generales		
Preguntas generales de satisfacción		
15. ¿Encuentra dificultades en la aplicación de sus conocimientos sobre este tema en el servicio?		
16. ¿Posee el servicio los recursos necesarios para la prevención y tratamiento de las heridas?		
Preguntas generales de conocimiento global		
17. ¿Hay algún protocolo de prevención y/o tratamiento para las heridas crónicas en su centro de trabajo?		
18. ¿Existe alguna comisión o unidad especial en su centro que se dedique al monitoreo y/o asesoramiento de las heridas crónicas?		
Preguntas generales sobre participación e implicaciones		
19. ¿Ha participado en alguna investigación, estudio o trabajo relacionado con las heridas crónicas?		
20. ¿Cree que enfermería tiene un papel clave en la prevención y el tratamiento de las heridas?		

Sabiendo que la curación avanzada es mediante un ambiente húmedo con apósitos y productos activos y su frecuencia es cada 3 o 2 días, y la curación tradicional es con solución salina y gasa, usted en su área que tipo de curación realiza.

Curación avanzada

Curación tradicional

Apéndice E. Fotografías de entrevistas**Entrevista a Dr. Bermúdez Wilter****(Cirujano Plástico)****Entrevista a Dr. Edgar Pérez****(Cirujano Vascular)****Entrevista a Lic. Oscar Caicho****(Especialista en curación de heridas)**

Apéndice F. Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal

Considerando que:

- 1- Es responsabilidad de los estados garantizar el derecho a la salud y a la vida de las personas.
- 2- Las **úlceras por presión son un grave problema de salud pública** que afecta a millones de personas en el mundo, deteriorando su salud, su calidad de vida, y que pueden conducir a la discapacidad y a la muerte.
- 3- Las úlceras por presión generan **elevados costes** para los sistemas de salud de los países y **severas implicaciones éticas y legales** para los profesionales sanitarios y las organizaciones.
- 4- El conocimiento científico actual, ha demostrado **que es posible evitar casi la totalidad de estas lesiones** (al menos el 95 %)
- 5- Estas lesiones son un evento adverso y suponen una **amenaza de primera magnitud a la seguridad de los pacientes** en todos los sistemas sanitarios, sociales y en la comunidad.

Para afrontar este problema se hace necesario:

- 1- Establecer un compromiso con la definición y puesta en marcha de **firmes y decididas políticas orientadas a la prevención** de este importante problema de salud pública.
- 2- **Asegurar un acceso universal y equitativo** de todas las personas a recursos materiales y humanos de calidad necesarios para la prevención y el tratamiento de estas lesiones.
- 3- Garantizar la aplicación de **criterios de calidad y evidencias científicas**, y no solo económicos, en los procedimientos de selección de los materiales preventivos y terapéuticos.
- 4- **Mejorar la formación básica y post-básica**, con un enfoque integral e inter-disciplinar, de los profesionales de las ciencias de la salud sobre el cuidado de las personas que sufren o están en riesgo de padecer estas lesiones.
- 5- **Promover la investigación, el desarrollo y la innovación** para avanzar en el conocimiento sobre los cuidados.
- 6- **Promover la creación de unidades especializadas** para la atención de las personas con heridas, con un enfoque claramente interdisciplinar, y la existencia de **profesionales de referencia** en cada entorno sanitario y social.
- 7- **Fortalecer el liderazgo de la Enfermería en el cuidado de estas personas**, por ser los profesionales que tienen la formación más idónea y la posición en los sistemas sanitarios más adecuada.

Promovido por:



Apéndice G. Propuesta de clínica de heridas



Tomado de <http://agenciadenoticiasslp.com/2016/01/24/secretaria-de-salud-implemento-clinicas-de-heridas-en-slp/>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Danny Manuel Nicolalde Rodríguez, con C.C: # 1713270336 autor del trabajo de titulación: “Influencia de la curación tradicional de las heridas crónicas en los costos de la estancia hospitalaria en los usuarios externos del Hospital General HOSNAG. Creación del servicio de Clínica de Heridas” previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** 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 graduación 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 graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 08 de enero 2018

Danny Manuel Nicolalde Rodríguez
C, C: 1713270336

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Influencia de la Curación Tradicional de las Heridas Crónicas en los Costos de la Estancia Hospitalaria en los Usuarios Externos del Hospital General HOSNAG. Creación del Servicio de Clínica de Heridas		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Lic. Danny Manuel Nicolalde Rodríguez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	ING. Elsie Zerda Barreno, MGS./ Eco. Jazmín Angélica Cornejo Robayo, MAE		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	08 de enero de 2018	No. DE PÁGINAS:	154
ÁREAS TEMÁTICAS:	Análisis de costos - efectividad en la salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Clínica, estancia hospitalaria, costos, heridas, curación tradicional, curación avanzada.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Las heridas crónicas afectan económicamente al sistema de salud mundial según (Iberolatinoamerica, 2011): por lo que, el objetivo de esta investigación es analizar la curación tradicional de las heridas crónicas en relación a los costos de estancia hospitalaria en los usuarios externos del Hospital General HOSNAG. El enfoque de investigación es cuantitativo y cualitativo donde se aplican tres métodos de recopilación de datos: 1 - Cuestionario orientado al cliente interno, se utilizó metodología descriptiva transversal a través del cuestionario auto-evaluativo modificado de 20 preguntas con respuestas dicotómicas; 2- Observación de historias clínicas, utilizando la metodología anterior de cohorte retrospectivo donde el instrumento fue el historial clínico entre mayo de 2016 a mayo de 2017; y 3 – entrevistas a médico cirujano vascular, cirujano plástico y licenciado en enfermería con experiencia profesional en heridas crónicas.</p> <p>Como resultado de los 115 cuestionarios, el 83% de ellos aplican la curación tradicional y el 17% curación avanzada. Por otro lado, la observación de 98 historias clínicas se evidenció que la estancia hospitalaria media fue de 19,17 días. Finalmente, los resultados de las entrevistas profesionales coinciden en la importancia de contar con un área que brinde el servicio de clínica de heridas con curación avanzada. Si se implementa el proyecto se reducirá el 10% la estancia hospitalaria con ahorro de \$176.75 por paciente. La curación avanzada reflejó un ahorro de \$221.25 que significó el 43.08% con respecto a la curación tradicional. El ahorro total que generó la nueva clínica de heridas fue de \$398 por paciente.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:0997463015	E-mail: danny.nicolalde@hotmail.es dnicolalde@armada.mil.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		