

**BENEFICIOS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR CLÍNICA DE
HERIDAS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE MONTERÍA, 2017**

MARÍA ALEJANDRA BORJA SUÁREZ

JENIFER COGOLLO HERNÁNDEZ

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA**

2017

**BENEFICIOS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR CLÍNICA DE
HERIDAS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE MONTERÍA, 2017**

MARÍA ALEJANDRA BORJA SUÁREZ

JENIFER COGOLLO HERNÁNDEZ

Trabajo de grado para optar título de Enfermera

MSc. Giselle Helena Ferrer Ferrer

Asesora temática

MSc. Ph. D. Álvaro Antonio Sánchez Caraballo

Asesor metodológico

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA

2017

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Montería, diciembre 01 de 2017

DEDICATORIA

Quiero darle las gracias primeramente a Dios, por darme la sabiduría y la fuerza para continuar esta meta, por ser mi sustento y mi luz en los momentos difíciles.

*A mis queridos padres **Edgar Borja Díaz** y **Nancy Suárez Guerra** por su acompañamiento, dedicación y apoyo para finalizar esta meta, porque me animaron a continuar y sobre todo por el amor que me brindan cada día.*

*A mis hermanos **Ana Milena Borja Suárez**, **María José Borja Suárez** y **Samuel Andrés Borja Suárez**, porque son uno de mis motivos que me impulsaron a lograr esta meta.*

A toda mi familia por su gran apoyo en el transcurrir de este logro.

*A mi querida amiga **Jenifer Cogollo Hernández** por ser mi compañía para la realización de este trabajo, por su empeño y dedicación.*

Con amor: María Alejandra Borja Suárez

“El principio de la sabiduría es el temor a Jehová; Buen entendimiento tienen todos los que practican sus mandamientos; Su loor permanece para siempre.”

Salmos 111:10

DEDICATORIA

Primeramente, quiero dar gracias a Dios por sus bendiciones, por estar conmigo en todo momento, ser mi guía y por permitirme el logro de este objetivo.

*A mi padre, **Jaime Cogollo** por ser mi ejemplo a seguir, por estar al pendiente de mí, por ser mi apoyo y darme amor incondicional.*

*A mi madre, **Meledith Hernández** por ser mi guía, por brindarme todo su amor, por estar ahí y apoyarme en todas mis decisiones.*

*A mi hermano **Jesús David Cogollo** por hacerme muy feliz y ser mi inspiración para seguir adelante. Esto es especialmente por ti.*

*A mi hermano **José Manuel Espitia** por apoyarme en todas mis daciones, por ser mi ejemplo a seguir y por deséame siempre lo mejor.*

*A **Josymar Rojas** por brindarme todo su apoyo incondicional, por acompañarme durante este proceso e impulsarme a ser mejor cada día y brindarme todo su cariño.*

A mis demás familiares por estar presentes y ser un apoyo en todas mis decisiones.

*A mi amiga **María Alejandra Borja** por dar lo mejor de sí en todo momento, por su amistad y por ser mi compañera para lograr este objetivo.*

Dios los bendiga y me permita retribuirles lo que me han brindado.

Jenifer Cogollo Hernández

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Córdoba, Facultad Ciencias de la Salud, especialmente a los docentes del programa de Enfermería por su entrega y dedicación al educarnos, por todos los conocimientos brindados, y por formarnos para ser personas competentes en nuestro campo laboral como lo es el área de la salud.

A nuestros directores de estudio Álvaro Sánchez y Giselle Ferrer Ferrer por su orientación y dedicación durante el desarrollo de la investigación.

A la institución de salud por permitirnos realizar la investigación, a la enfermera Blanca Díaz y su equipo de trabajo por su colaboración incondicional y especialmente a los pacientes por su colaboración y por permitirnos obtener la información necesaria para este estudio.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN.....	12
1. OBJETIVOS.....	16
1.1 GENERAL.....	16
1.2 ESPECÍFICOS.....	16
2. REFERENTE TEÓRICO.....	17
2.1 MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.1 Herida.....	17
Clasificación de las heridas.....	17
2.1.2 Desbridamiento.....	18
Tipos de desbridamiento.....	18
2.1.3 Proceso de cicatrización.....	19
Tipos de cicatrización.....	19
2.1.4 Úlceras del pie diabético.....	20
2.1.4.1 Clasificación de las úlceras diabéticas según Wagner.....	21
2.1.5 Erisipela.....	21
Características de la erisipela.....	22
2.1.6 Leishmaniasis cutánea.....	22
signos y síntomas.....	22
2.2 MARCO REFERENCIAL.....	23
2.3 MARCO LEGAL.....	26
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	28
2.4.1 Clínica de heridas.....	28
2.4.2 Herida compleja.....	28
2.4.3 Exudado.....	28
Tipos de exudado.....	29

2.4.4 Tipos de tejidos en las heridas	29
Tejido esfacelado	30
Tejido necrótico.....	30
Tejido de granulación.....	30
Tejido de epitelización.....	30
2.4.5 Curación avanzada.....	31
2.4.6 Productos utilizados en curación avanzada	31
Hidrogeles.....	31
Apósitos/tratamientos bioactivos.....	32
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1 TIPO DE ESTUDIO	33
3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	33
3.3 PROBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	33
3.5 PRUEBA PILOTO.....	34
3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	34
3.6.1 Criterios de inclusión	34
3.6.2 Criterios de exclusión	35
3.8 ASPECTOS ÉTICO LEGALES.....	¡Error! Marcador no definido.
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	33
5. CONCLUSIONES	58
6. RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según edad y sexo	36
Tabla 2. Procedencia	37
Tabla 3. Antecedentes patológicos	38
Tabla 4. Región anatómica	41
Tabla 5. Clase de herida	42
Tabla 6. Número de curaciones necesarias para lograr el proceso de cicatrización	43
Tabla 7. Tiempo de estancia en el programa clínica de heridas	44
Tabla 8. Características del exudado	45
Tabla 9. Características del tejido	47
Tabla 10. Signos de infección	49
Tabla 11. Desbridamiento quirúrgico	50
Tabla 12. Proceso de evolución de la herida según el paciente	52
Tabla 13. Atención del personal de clínica de heridas según el paciente	53
Tabla 14. Comodidad del paciente	54
Tabla 15. Educación recibida por parte del personal de clínica de heridas ..	55

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución según sexo y edad.....	36
Gráfica 2. Procedencia	37
Gráfica 3. Antecedentes patológicos	38
Gráfica 4. Región anatómica	41
Gráfica 5. Clase de herida	42
Gráfica 6. Número de curaciones necesarias para lograr el proceso de cicatrización	44
Gráfica 7. Tiempo de estancia en el programa clínica de heridas	45
Gráfica 8. Características del exudado	46
Gráfica 9. Características del tejido	48
Gráfica 10. Signos de infección	49
Gráfica 11. Desbridamiento quirúrgico.....	51
Gráfica 12. Proceso de evolución de la herida según el paciente	52
Gráfica 13. Atención del personal de clínica de heridas según el paciente ..	54
Gráfica 14. Comodidad del paciente.....	54
Gráfica 15. Educación recibida por parte del personal de clínica de heridas	56

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	65
ANEXO B. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA DE HERIDAS.....	66
ANEXO C. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES INTERVENIDOS POR CLÍNICA DE HERIDAS	69

RESUMEN

Objetivo. Determinar los beneficios de la intervención de clínica de heridas en los pacientes, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de los pacientes con heridas complejas. **Metodología.** Estudio de tipo descriptivo prospectivo, realizado en una institución de salud de la ciudad de Montería, la muestra estuvo constituida por 12 pacientes que ingresaron por primera vez al programa de clínica de heridas en los meses de junio y julio del 2017. La recolección de los datos se realizó a través de un formato de revisión de historia clínica de heridas y una encuesta de satisfacción, aplicada al paciente. **Resultados.** La mayoría de los pacientes es de sexo masculino, con una edad en rango de 56 o más años, la mayoría de los pacientes procede de zona rural. Los antecedentes patológicos presentes fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial. Las úlceras diabéticas fueron las heridas más frecuentes. Las lesiones presentaron tejido esfacelado al ingreso y tejido de granulación al egreso del programa clínica de heridas. Al ingreso las heridas presentaron exudado seroso, hematopurulento y purulento; al egreso del programa algunas heridas no presentaron exudado y otras tenían exudado sanguinolento. La satisfacción de los pacientes respecto a la intervención de clínica de heridas se manifestó en la percepción de la buena evolución de la herida, en el trato amable y en la educación recibida. **Conclusiones.** El beneficio que recibieron los pacientes durante la intervención, fue la evolución satisfactoria de las heridas con la utilización de productos tecnológicos, lo cual contribuyó a la disminución del número de curaciones y mayor comodidad al paciente.

Palabras claves: clínica de heridas, heridas complejas, curación avanzada.

ABSTRACT

Objective. To determine the benefits of wound care intervention in patients, in order to contribute to the improvement of the quality of patients' care with complex wounds. **Methodology.** A prospective, descriptive study, carried out at a health institution in the city of Montería, the sample consisted of 12 patients who entered to the wound care program for the first time in June and July in 2017. Data collection was done through a clinical history review of wounds format, and a satisfaction survey, applied to patients. **Results.** Most of the patients are male, with an average age of 56 years or older, proceeding from rural areas. The pathological antecedents were diabetes mellitus and arterial hypertension. The most frequent wounds were diabetic ulcers. The lesions presented disintegrated tissue at admission and granulation tissue at the end of the clinical wound program. During the process, the wounds presented serous, hematopurulent and purulent exudate; at the time of the program some wounds had no exudate and others had bloody exudate. Patients' satisfaction with the wound clinic intervention was manifested with the perception of the good evolution of the wound, the kind treatment and the education received. **Conclusions.** The benefit patients received during the intervention, was the satisfactory evolution of the wounds with the use of technological products, which contributed to the reduction of the number of healing and greater comfort to the patient.

Keywords: wounds' clinic, complex wounds, advance healing.

INTRODUCCIÓN

Las heridas complejas son un problema de salud que afecta a una amplia población de todas las edades y que requieren diferentes intervenciones para asegurar un cuidado óptimo, éstas afectan la calidad de vida de los pacientes, generando repercusiones psicológicas y económicas, suscitando consecuencias de periodos largos de incapacidad, dolor, incomodidad e incluso llevar a la persona al deceso tal como lo expone Beaskoetxea¹. En ese mismo orden de ideas Cacicedo², considera que las heridas requieren de diferentes intervenciones, conocimientos específicos y el trabajo de un equipo multidisciplinario, por tal motivo requieren de una atención integral y un cuidado especializado que es brindado por clínica de heridas.

Clínica de heridas es un programa que se encarga del manejo integral y especializado de las heridas agudas, complicadas o crónicas basándose en la aplicación de nuevas tecnologías y productos médicos que han permitido el avance en el cuidado de las heridas y la piel, como lo expone Soldevilla³, así mejorando la salud del paciente y disminuyendo su estancia hospitalaria, sin dejar a un lado la calidad de los recursos, las técnicas utilizadas y el recurso humano, como factor de éxito para la efectividad de este proceso.

¹ BEASKOETXEA GÓMEZ, Paz; et.al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: estudio atenea. Madrid. Gerokomos. 2013. 1-5 p.

² CACICEDO GONZÁLEZ, Raquel. et.al .Prevención y cuidados locales de heridas crónicas. España. 1ª edición. Servicio cántabro de salud. 2011, 13 p.

³ SOLDEVILLA AGREDA, Javier. Ulceras por presión: la dimensión de un verdadero problema de salud. En: Segundo simposio internacional de heridas y piel. (3: 3-5, agosto, 2016: Cali, Colombia).Cali: Centro Médico Imbanaco, 2016. 5-24 p.

Este estudio pretende documentar la repercusión de la intervención por clínica de heridas, en la evolución de la cicatrización de las heridas de los pacientes en una institución de salud de Montería que presta servicios para la población de una amplia área geográfica, teniendo en cuenta que no presenta antecedentes investigativos. Los resultados de este estudio suministrarán información para fortalecer el programa de clínica de heridas de la institución, con lo cual se contribuye al mejoramiento continuo de la calidad de la atención de los pacientes con heridas complejas.

Además, se resaltarán un campo de acción, donde el profesional de enfermería puede desarrollar un cuidado al paciente con heridas, tanto en el área clínica como en el área ambulatoria, respondiendo a las políticas del actual sistema de salud, que facilita una atención domiciliaria según las condiciones de cada paciente.

En el programa de enfermería, este estudio fortalecerá la línea de investigación “Cuidado de la salud y práctica profesional”, y puede retroalimentar el proceso de docencia, en la atención de pacientes durante las prácticas formativas.

OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Determinar los beneficios de la intervención de clínica de heridas en los pacientes de una institución de salud de Montería con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de los pacientes con heridas complejas.

1.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar sociodemográficamente los pacientes intervenidos por clínica de heridas según la edad, sexo y procedencia.

Identificar la evolución de los pacientes intervenidos por clínica de heridas.

Identificar la satisfacción de los pacientes en cuanto a la intervención por clínica de heridas.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Herida

Herida se define como una lesión causada por un agente físico que puede producir la pérdida de la continuidad tisular o separación de la estructura más superficial a la más profunda: fascia, músculo, tendones, huesos y vasos sanguíneos que tiene como consecuencia pérdida o deterioro de la funcionalidad, de acuerdo a lo planteado en el protocolo de manejo de heridas⁴.

Clasificación de las heridas.

De acuerdo a lo planteado en el protocolo de manejo de heridas⁵, estas se clasifican:

Según el grado de contaminación

- **Heridas limpias-contaminadas**

Incisiones quirúrgicas que se realizan bajo condiciones de asepsia, con penetración controlada de una cavidad corporal que contiene microorganismos de forma habitual como el sistema respiratorio, digestivo y genitourinario. Ejemplo, cirugías del tracto gastrointestinal, apéndice y vagina.

⁴ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Protocolo manejo de heridas. Bucaramanga. 2015. 8 p.

⁵ *Ibíd.*, p. 2-3

- **Heridas contaminadas**

Causadas de forma accidental o por transgresión flagrante de las normas de asepsia quirúrgica, que se contaminan con material extraño.

- **Heridas infectadas-sucias**

Retiene tejidos desvitalizados, herida traumática de más de 4 horas de evolución, o incisión quirúrgica sobre zona infectada, que no cicatriza bien y crecen microorganismos.

2.1.2 Desbridamiento

“Técnica que consiste en la eliminación del tejido esfacelado o necrótico de una herida o úlcera por medios quirúrgicos o médicos” tal como lo define Aburto y Morgado⁶.

Tipos de desbridamiento.

Según lo expuesto por Grau y Rosselló⁷, existen varios tipos de desbridamiento los cuales son:

- **Desbridamiento quirúrgico**

Es el método más rápido y selectivo para eliminar grandes zonas de tejido necrótico, pero también el más doloroso. Se realiza mediante el bisturí o curetaje.

⁶ ABURTO TORRES, Isabel y MORGADO ALCAYAGA, Patricia [online]. Desbridamiento y manejo de heridas infectadas. Santiago, 2000. [Citado 13, mayo, 2017]. Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/Debridamiento-Y-Manejo-De-Heridas-Infectadas.pdf>

⁷ GRAU PECHUAN, Concepción y ROSSELLÓ LLÉRENA, Julián [online]. Desbridamiento de heridas quirúrgicas y úlceras de la piel. Castellón. [Citado 13, mayo, 2017]. Disponible en : <http://gneaupp.info/desbridamiento-de-heridas-quirurgicas-y-ulceras-de-la-piel/>

- **Desbridamiento enzimático**

Se basa en la utilización de proteínas como la colagenasa que favorecen la destrucción del tejido necrótico y las fibrinas que lo soportan. Estas enzimas estimulan el tejido de granulación y remodelación.

- **Desbridamiento autolítico**

Consiste en la aplicación de productos para cura de ambiente húmedo, permitiendo la autodegradación del tejido desvitalizado por la acción en conjunto del propio exudado de la herida y de las enzimas proteolíticas propias de la degradación.

- **Desbridamiento mecánico**

Consiste en frotar con compresas húmedas u otros productos de limpieza la herida, que cuando seca se pegan al lecho de la herida y al tejido sano que se arrancan con su retirada.

2.1.3 Proceso de cicatrización

Según lo sostenido por Benítez⁸, el proceso de cicatrización son todos aquellos fenómenos fisiológicos, en el que el organismo reemplaza el tejido muerto o destruido por otro de nueva formación y funcionalidad. También establecen los siguientes tipos de cicatrización.

Tipos de cicatrización

- **Por primera intención**

Son heridas con aproximación de bordes con alguna técnica de fijación.

⁸ BENÍTEZ RAMÍREZ, María del Mar. et al. Guía para la prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas: proceso de cicatrización. Madrid. 2015. 86 p.

- **Por segunda intención**

Heridas profundas con gran pérdida de tejido para aproximar los bordes y con largos periodos de tiempo, desde días, meses, hasta años en cicatrizar.

- **Por tercera intención**

También llamado cierre primario definido, se caracteriza por el desarrollo de yemas capilares y tejido de granulación. Cuando se lleva a cabo el cierre, los bordes de la piel y el tejido subyacente deben aproximarse y asegurarse con precisión, tal como lo explica la Fundación Jordi Mas⁹.

2.1.4 Úlceras del pie diabético

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard, definió al pie diabético como: “Alteración clínica de base etiopatogenia neuropatía e inducida por la hiperglucemia mantenida en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración en el pie”¹⁰.

⁹ FUNDACIÓN JORDI MAS [online]. Manual de cierre de heridas. Nueva Jersey: ethicon compañía, 2008. [Citado 17, mayo 2017]. Disponible en: <https://espanol.free-ebooks.net/ebook/Libro-Sobre-Cicatrizacion/pdf?dl&preview>

¹⁰ MUÑOZ RODRIGUEZ, Ana. et.al. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas: generalidades sobre el cuidado de las heridas. Madrid. 2014. 75 p.

2.1.4.1 Clasificación de las úlceras diabéticas según Wagner

Según Mendoza y Ramírez¹¹, las úlceras diabéticas se clasifican en:

Grado	Lesión	Características
0	Ninguna. Pie de riesgo	Callos, hallux, dedos en garra
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlcera profunda	Penetra piel, grasa y ligamentos sin afectar hueso
III	Úlcera profunda más extensa y profunda	absceso (osteomielitis) secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

2.1.5 Erisipela

Según lo establecido por Ramírez y Vergara¹², es una infección causada por *S. pyogenes*, se caracteriza por la aparición súbita de tumefacción de color rojo vivo en la cara o las extremidades, también señalan que las características distintivas de la erisipela son los bordes indurados y bien definidos, el rápido avance y dolor intenso. Durante el segundo o tercer día de la enfermedad pueden aparecer ampollas flácidas pero es rara la extensión a los tejidos profundos.

¹¹ MENDOZA RAMOS, Miguel Ángel, RAMÍREZ ARRIOLA, María Cleofás. Abordaje multidisciplinario del pie diabético. México. 2006. 167 p.

¹² RAMIREZ MEJÍA, Néstor y VERGARA OSORIO, Giovanni. Guía de manejo de infecciones de piel y tejidos blandos. Pereira. 1 p.

Características de la erisipela

Las lesiones de erisipela se caracterizan porque la piel comprometida se encuentra en relieve sobre la piel circundante y existe una clara demarcación entre la piel comprometida y la piel sana. Los miembros inferiores son el sitio más común de la infección y se deben de buscar signos de gravedad en las lesiones como crépitos, necrosis o manifestaciones severas de toxicidad sistémica¹³.

2.1.6 Leishmaniasis cutánea

La Organización Mundial de la Salud¹⁴, explica que es la forma más frecuente de leishmaniasis, y produce en las zonas expuestas del cuerpo lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave, la cual es causada por un protozoo parásito del género *Leishmania*, transmitido por la picadura de flebótomos infectados.

Signos y síntomas

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud¹⁵, el período de incubación de la leishmaniasis, en los seres humanos es de dos a tres meses en promedio, pero puede tener períodos de incubación más cortos (dos semanas) o largos (dos años).

Las personas con leishmaniasis cutánea tienen una o más lesiones en la piel las cuales pueden cambiar de tamaño y apariencia con el tiempo. Estas

¹³ Ibíd., p. 2.

¹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Leishmaniasis [online]. 2017. [Citado 9, septiembre 2017]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>

¹⁵ OPS, OMS. Leishmaniasis cutánea y mucosa [online]. 2012. [Citado 28, septiembre 2017]. Disponible en <http://www.paho.org/hq/index.phpl>

lesiones pueden comenzar como una pápula que evoluciona a nódulo redondeado, indoloro, que aumenta progresivamente de tamaño y se ulcera. Inicialmente las úlceras están cubiertas por una costra y al desprenderse, se observa la úlcera típica de fondo limpio, color rosado y tejido granuloso, redondeada, de bordes regulares y elevados, indolora y de base indurada. En ocasiones las úlceras pueden infectarse secundariamente con otros agentes microbianos¹⁶.

2.2 MARCO REFERENCIAL

Entre abril de 2007 y agosto 2008, un grupo de cirujanos generales¹⁷, del Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España, realizó un estudio, cuyo objetivo central fue describir la experiencia con la terapia de cierre asistido por vacío (VAC) en heridas complejas. Se emplearon 2 tipos de terapia VAC, la suprafascial y el dispositivo para abdomen abierto o intraabdominal. Se aplicó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes y medias.

La terapia VAC fue empleada en un total de 20 pacientes con heridas complejas, de las cuales 16 (80%) tenían una localización abdominal y el resto 4 (20%) otras localizaciones. En 17 (85%) pacientes el dispositivo VAC empleado fue suprafascial, mientras que en los otros 3 (15%) se utilizó el dispositivo VAC intraabdominal. Durante la terapia VAC se presentaron 2 casos (10%) de fístula, una urinaria y otra entérica. En ambos casos, la modalidad VAC empleada fue la intraabdominal y las fístulas se resolvieron antes de la retirada de la terapia VAC. La estancia media hospitalaria fue de 38,3 días (7–136). Conclusiones: la terapia VAC puede mejorar y acelerar la

¹⁶ *Ibíd.*, p. 2

¹⁷ BROX JIMÉNEZ, Antonia. et.al. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Sevilla. 2010. 6 p

cicatrización de las heridas abdominales complicadas también en presencia de contaminación grave o fístulas intestinales.

En el año 2009, se realizó un estudio comparativo entre la curación asistida por presión negativa (CAPNE) y la curación convencional, realizado por el equipo de cirugía vascular¹⁸, del hospital de Dipreca en Santiago de Chile, el cual consistía en tomar personas mayores de 18 años, diabéticos de tipo II, con herida por amputación del pie, asignados a curación con CAPNE (grupo A) o a curación convencional (grupo B). La variable respuesta fue el tiempo en alcanzar el 90% de granulación. Se estimó un tamaño de muestra de 11 pacientes por grupo, la CAPNE se preparó con una espuma de éster de poliuretano, sonda de nélaton n.º16, apósito transparente adhesivo y aspiración central a 100 mmHg. La herida se curó cada 48 a 72 h y se evaluó semanalmente. De este estudio se obtuvo como resultado, que el tiempo promedio para alcanzar el 90% de granulación fue significativamente menor en el grupo A ($18,8 \pm 6$ días frente a $32,3 \pm 14$ días) y se concluye que la CAPNE reduce en un 40% el tiempo de granulación de la herida en el pie diabético amputado comparado con el de la curación convencional.

En el año 2014, se realizó un estudio en el estado de Goiás, Brasil¹⁹. Su objetivo central fue conocer la terapia tópica empleada para el tratamiento de heridas abiertas y crónicas por los usuarios de Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSFs). Participaron en esta encuesta 19 personas entre hombres y mujeres, con una edad media de 56,5 años, con heridas abiertas más de 3 meses. Para la recolección de datos se realizó la observación

18 SEPÚLVEDA, Gustavo, et al. Curación asistida por presión negativa comparada con curación convencional en el tratamiento del pie diabético amputado. Ensayo clínico aleatorio. En: Cirugía española. Vol. 86, no. 3. 171-177 p.

19 DA SILVA, Priscila Nicácio, DE ALMEIDA ALVEZ, Evangelista Onislene y ROCHA, Izabella Chrystina. Terapia tópica en el tratamiento de las heridas crónicas. Estado de Goiás, Brasil. 2014. 14 p.

directa de la lesión con un instrumento dirigido semiestructurado, con preguntas sobre datos socioeconómicos del portador y relativos a la terapéutica de la herida.

Se constató la utilización de 20 productos tópicos tales como: los productos epitelizantes AGE y TCM utilizados por 2 (10,6%) participante, productos desbridantes fueron utilizados por 6 (31,6%) miembros de la muestra, los usuarios de los tópicos antisépticos fueron 3 (15,7%) personas, 4 (21,0%) participantes hicieron uso de antibióticos, otros productos fueron utilizados por 3 (15,7%) participantes. Conclusiones: la utilización predominante y muchas veces indiscriminada de productos como antibióticos, antifúngicos y antisépticos lleva a lecciones preocupantes, ya que estos son inadecuados en el tratamiento de heridas crónicas y abiertas como el polivinilpirrolidona tópico (PVPI tópico), que tenía indicaciones precisas para su utilización, como los antibióticos.

En el año 2014, Avilés y otros²⁰, realizaron un estudio en un área de salud de Murcia, con el objetivo de identificar la prevalencia de heridas crónicas, estableciendo la proporción teniendo en cuenta las siguientes variables: por presión, vasculares, diabéticas, traumáticas. La muestra estuvo compuesta por todas las personas mayores de 13 años de edad, que presentaron al menos una herida crónica, con base en los registros clínicos del año 2014.

Se identificaron 639 personas con alguna herida crónica en su historia clínica. La media de edad fue de 75,7 años. El sexo femenino fue significativamente el más frecuente ($p < 0,05$). Se obtuvo una prevalencia de 1 individuo con úlcera por cada 225 analizados.

Las proporciones y distribución de úlceras encontradas fueron: úlcera por presión (44%), úlceras vasculares (29%), úlceras traumáticas (15%),

²⁰ AVILÉS ARANDA, José Domingo. et.al. Heridas crónicas en un área de salud de Murcia. Murcia. 2016. 19-24 p.

diabéticas (11%) y úlceras no conocidas (1%). Conclusiones: La prevalencia de úlceras en las zonas estudiadas asciende a un 0,45% lo que va en sintonía con otros estudios. La úlcera más frecuente es la úlcera por presión, seguidas por vasculares, traumáticas, diabéticas y otras.

2.3 MARCO LEGAL

Basándose en los aspectos generales del estudio, se considera la siguiente normatividad vigente.

La Ley 100 de 1993, en el marco del sistema general de seguridad social en salud, establece que es función de las entidades prestadoras de salud, organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y determinar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía.

La Resolución 0412 de 2000, establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública. Dentro de esta ley se encuentra inmersa la guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2 que tiene como fin detectar oportunamente los casos de diabetes tipo II, brindar el tratamiento oportuno y disminuir las secuelas, complicaciones y muerte.

La Ley 1438 de 2011, fortalece el sistema general de seguridad social en salud, estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás

prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

La Resolución 2003 de 2014, donde se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y la verificación del cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación en las instituciones prestadoras de servicios de salud, tales como talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos, insumos, procesos prioritarios, historias clínicas, registros e interdependencia.

En la Ley 1751 de 2015, El Ministerio de salud y de la protección social, establece que el estado debe garantizar el derecho fundamental de la salud, comprendiendo el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud y que a su vez debe de igual manera asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

En Colombia existe actualmente una política nacional enmarcada en la guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”²¹.

²¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá. 2008. 101 p.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

2.4.1 Clínica de heridas

Tal como lo expone Castro y Rubiano²², es un programa especializado constituido por profesional de enfermería entrenado y capacitado en el abordaje, manejo integral y seguimiento de pacientes con heridas de alta complejidad y difícil manejo tal como las úlceras por presión, úlceras venosas, quemaduras y pie diabético, utilizando para la curación productos de alta tecnología

2.4.2 Herida compleja

De acuerdo con Mayor²³, una herida es compleja cuando hay compromiso de tejidos como músculo, fascia, tendones, hueso, vasos sanguíneos o lesiones de un tiempo de evolución menor a 30 días, que por su extensión, localización, profundidad y/o complicaciones necesita para su curación una terapéutica especial como la curación avanzada.

2.4.3 Exudado

Se define como el líquido que se fuga de los vasos sanguíneos, filtrándose desde los capilares hacia los tejidos corporales a un ritmo determinado por la permeabilidad de los capilares y las presiones a través de las paredes. En las heridas los mediadores que intervienen en la inflamación, aumentan la

²² CASTRO BECERRA, Alfonso y RUBIANO MESA, Yurian Lida. Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto. Bogotá. 2011. 13 p.

²³ MAYOR, Mariano. Heridas complejas [online]. Rosario. Copyright 2016. [Citado 29, septiembre 2017]. Disponible en: <http://doctormayor.com.ar/service/heridas-complejas/>

permeabilidad capilar, permitiendo la migración de la serie blanca. El exceso de líquido penetra la herida, formando la base del exudado²⁴.

Tipos de exudado

Según Allué²⁵, existen diferentes tipos de exudado:

- **Exudado seroso**
Líquido de aspecto claro, color ambarino. Se considera normal durante la fase inflamatoria de la cicatrización de heridas. Sin embargo, una cantidad moderada puede indicar infección, ya que algunas bacterias generan fibrinólisis como S.Aureus, Pseudomona Aeruginosa, Estreptococos Beta hemolíticos.
- **Exudado sanguinolento**
Es el sangrado fresco de aspecto rosado o rojizo, presencia de eritrocitos, indica lesión capilar.
- **Exudado hematopurulento**
Presente en infección establecida, puede depender del tipo de germen en su coloración, restos de gérmenes, células hemáticas, pueden aparecer gotas claras de sangre.
- **Exudado purulento**
De aspecto turbio, lechoso o cremoso, indica la presencia de leucocitos y bacterias.

2.4.4 Tipos de tejidos en las heridas

Según Vader y Repetto²⁶, los tipos de tejido en las heridas se clasifica en:

²⁴ WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Londres. 2007. 2 p.

²⁵ ALLUÉ GRACIA, M. et. al. Heridas crónicas: un abordaje integral. Huesca. 2012. 50 p.

Tejido esfacelado

Es una mistura de tejido muerto o desvitalizado que retrasa el proceso de cicatrización. Esta sustancia puede presentarse como depósitos de color amarillo, gris o pardusco. Este tipo de tejido antecede a la necrosis y predispone a la infección y retarda la regeneración de la herida por que dificulta la formación de fibroblastos.

Tejido necrótico

La necrosis es la muerte de las células del organismo que generalmente es provocada por un aporte insuficiente de sangre a la zona afectada (isquemia). Está compuesto por proteínas tales como colágeno, fibrina y elastina, entre otros, además de diversos tipos de células y cuerpos bacterianos que constituyen una costra dura y deshidratada, muchas veces de color negro, café e incluso, grisácea. Este tejido es un impedimento para el proceso de reparación cutánea, ya que actúa como una barrera mecánica que impide la aproximación de los bordes de la herida.

Tejido de granulación

Es un tejido conectivo fibroso que abarca toda la herida, teniendo la capacidad de rellenar heridas sin importar su tamaño. Se caracteriza por su color rojo o rosado oscuro, suave al tacto, húmedo y de apariencia irregular. Este contiene fibroblastos, macrófagos, colágeno, fibronectina y ácido hialurónico.

Tejido de epitelización

La epitelización es la acción natural de curación dérmica y tejido epidérmico en el cual el epitelio crece sobre una herida. En la epitelización las células epiteliales avanzan lentamente a través del lecho de la herida para cubrirla. La herida se hace más pequeña por la acción de los miofibroblastos, los

²⁶ VADER TITO, Victoria y REPETTO TRUJILLO, Fernán. Heridas y cicatrización. 2011. 10-17 p.

cuales establecen una fijación desde los bordes de la herida y los contraen usando un mecanismo similar al de las células musculares lisas. A medida que las células epiteliales migran a través del nuevo tejido, forman una barrera entre la herida y el medio ambiente.

2.4.5 Curación avanzada

Es un procedimiento que se realiza limpiando la herida con solución fisiológica dejando como cobertura un apósito interactivo, bioactivos o mixto. El manejo avanzado en la curación de heridas proporciona tratamiento al paciente que cursa con alguna alteración en el proceso natural de cicatrización, eliminando todas las barreras que impiden la regeneración de los tejidos, por medio de apósitos activos que mantienen la herida en un entorno húmedo, la frecuencia de la curación depende de las condiciones de la lesión y del apósito elegido con lo que se ha mostrado mayor costo-beneficio al disminuir el número de curaciones, así como el tiempo de hospitalización, tal como lo explica Carreño²⁷.

2.4.6 Productos utilizados en curación avanzada

Hidrogeles

Según lo expuesto por Jiménez²⁸, son polímeros hidrofílicos, como el óxido de polietileno o los polímeros de carboximetilcelulosa, más 80% de agua, pueden ser naturales sintéticos, también explica que están disponibles como gel, hojas o gasas impregnadas; su función es rehidratar y desbridar. No absorben exudado, son utilizados en heridas curativas secundarias como

²⁷ CARREÑO, Johon. Curación avanzada de heridas. Guayaquil. 2009. 262-267 p.

²⁸ JIMÉNEZ, César. Curación avanzada de heridas. En: Revista colombiana de cirugía. vol. 23, no. 3. 180 p.

úlceras venosas, pies diabéticos, úlceras por presión, varicosas, quemaduras, laceraciones y abrasiones.

Apósitos/tratamientos bioactivos

The World union of wound healing societies (WUWHS) ²⁹, considera que los apósitos son desarrollados para mantener un entorno de la herida húmedo, estos productos que interaccionan con la herida, estimulando la cicatrización. Como ejemplos tenemos los apósitos moduladores de proteasas, de los que se afirma que estimulan la cicatrización inactivando las proteasas excedentes, y una gama de productos basados en ácido hialurónico esterificado que suministran ácido hialurónico a la herida.

²⁹ WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Preparación del lecho de la herida en la práctica. Londres. 2004. 16 p.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo prospectivo, con abordaje cuantitativo.

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

Institución de salud de la ciudad Montería- Córdoba, la cual cuenta con el programa de clínica de heridas.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está constituida por los pacientes que son intervenidos por clínica de heridas, en la institución escenario del estudio. Se realizó muestreo por conveniencia, tomando los pacientes que ingresaron por primera vez al programa de clínica de heridas durante los meses de junio y julio de 2017. La muestra estuvo constituida por 12 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

3.4 ASPECTOS ÉTICO LEGALES

Con base la Resolución 8430 de 1993, artículo 11, este estudio es considerado sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Se solicitó permiso a la institución para tomar datos de la historia clínica y realización de entrevistas.

Los pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio firmaron el consentimiento informado, después de explicarles los objetivos y demás aspectos del estudio, garantizándoles la completa confidencialidad de su información personal.

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se elaboraron dos instrumentos: uno para el seguimiento de la evolución de las heridas desde el ingreso hasta el egreso del programa (anexo B). Este instrumento se diligenció a partir de los datos consignados en el formato que el programa clínica de heridas tiene para tal fin. La información referente al tamaño de la herida no se encontró registrada en todas las historias, por lo cual no se tuvo en cuenta para esta investigación.

Para indagar la satisfacción de los pacientes con respecto a la intervención de clínica de heridas, se elaboró un instrumento (anexo C) que fue aplicado a partir de la tercera curación. Los pacientes fueron encuestados en sus respectivas habitaciones.

La recolección de la información fue realizada por las investigadoras y se extendió hasta el mes de agosto, cuando egresó el último paciente de la muestra.

3.6 PRUEBA PILOTO

Se realizó prueba piloto a tres pacientes hospitalizados que cumplían con los criterios de inclusión, a partir de dicha prueba se realiza ajuste de instrumentos.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.7.1 Criterios de inclusión

Pacientes hospitalizados que ingresan por primera vez al programa clínica de heridas, mayores de edad, con disponibilidad y voluntad para participar en el estudio, con capacidad de responder preguntas abiertas y cerradas.

3.7.2 Criterios de exclusión

Pacientes hospitalizados que ingresaron al programa clínica de heridas antes del periodo de recolección de la información, menores de edad, sin disponibilidad y voluntad de participar en el estudio, que no estén en capacidad de responder preguntas abiertas y cerradas.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó la organización de la información en el programa Excel, utilizando estadística descriptiva. La información se presenta en tablas y gráficas.

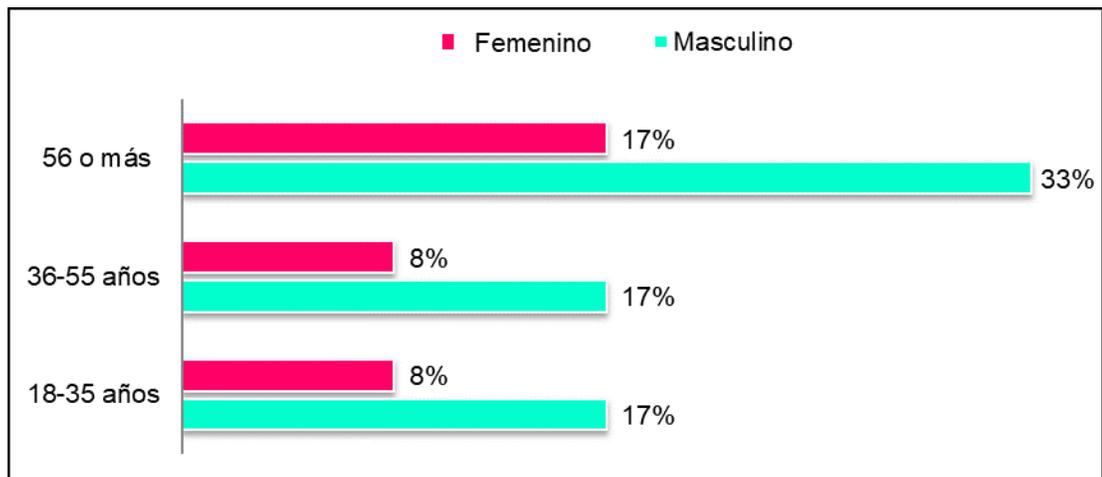
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según edad y sexo

Sexo	Masculino		Femenino		total	Total
	No.	%	No.	%	No.	%
Edad (años)						
18-35 años	2	17%	1	8%	3	25%
36-55 años	2	17%	1	8%	3	25%
56 o más	4	33%	2	17%	6	50%
Total	8	67%	4	33%	12	100%

Fuente: encuesta

Gráfica 1. Distribución según sexo y edad



Fuente: encuesta

Se evidencia en la gráfica anterior, que el 67% los pacientes intervenidos por clínica de heridas corresponden al sexo masculino y el 33% corresponde al sexo femenino.

Respecto a la edad el 50% de los pacientes, se encontraban en los 56 años o más, el 25% entre los 36 y 55 años y otro 25% se encontraban entre los 18 y 35 años.

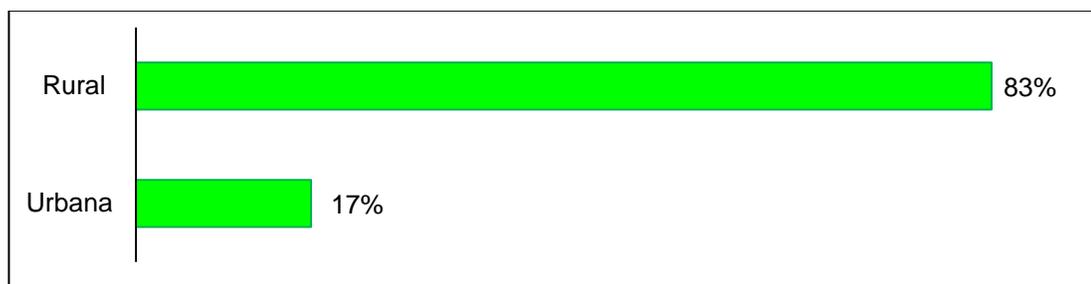
En la edad avanzada se producen cambios fisiológicos que en conjunto con antecedentes patológicos se convierte en un factor que retrasa el proceso de cicatrización de las heridas. Según estudios de la universidad de Rockefeller³⁰, con el envejecimiento ocurren cambios moleculares en la piel, como la disminución de las fibras de colágeno, se interrumpe la comunicación entre las células de la piel y sus células inmunes, por ello se acaba ralentizando su reparación.

Tabla 2. Procedencia

Procedencia	No.	%
Urbana	2	17%
Rural	10	83%
Total	12	100%

Fuente: encuesta

Gráfica 2. Procedencia



Fuente: encuesta

Se evidencia en la gráfica anterior, que los pacientes intervenidos por clínica de heridas proceden un 83% de la zona rural y un 17% de la zona urbana.

³⁰ KEYES, Brice.et al. Impaired epidermal to dendritic T cell signaling slows wound repair in aged skin. Nueva York. 2016. 1323 p.

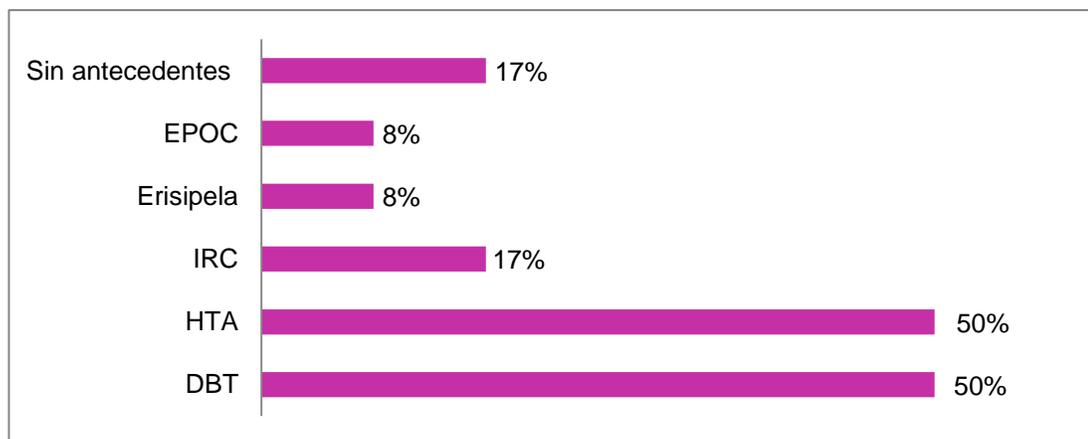
Esto indica que la institución donde se realizó el estudio, brinda atención especializada en el tratamiento de heridas complejas, a un gran número de usuarios provenientes de zonas rurales, a través del sistema general de seguridad social en salud. Dicha institución presta sus servicios a empresas promotoras de salud del régimen subsidiado nivel regional y departamental.

Tabla 3. Antecedentes patológicos

Patología n: 12	No.	%
Diabetes mellitus (DBT)	6	50%
Hipertensión arterial (HTA)	6	50%
Insuficiencia renal crónica (IRC)	2	17%
Erisipela	1	8%
Enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC)	1	8%
Sin antecedentes	2	17%

Fuente: encuesta

Gráfica 3. Antecedentes patológicos



Fuente: encuesta

En cuanto los antecedentes patológicos de los sujetos de estudio, se evidenció en la gráfica anterior, que el 50% de éstos presentaban diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial; 17% presentaba insuficiencia renal

crónica, 8% erisipela, 8% EPOC; así mismo pacientes que presentaban dos o más patologías.

Según la Organización Mundial de la Salud, la diabetes produce lesiones microvasculares, disminuyendo la perfusión tisular y la resistencia de los pequeños y grandes vasos. También puede lesionar los nervios por mecanismos, como el daño directo por la hiperglucemia y el bajo aporte sanguíneo que llega a los nervios como consecuencia el resultado del daño vascular. Estas lesiones pueden manifestarse por la pérdida sensorial, ulceración, infección y destrucción de los tejidos profundos.

La hipertensión arterial (HTA) favorece el desarrollo aterosclerótico, que es la formación de depósitos de lípidos y colesterol en las paredes de los vasos produciendo una disminución del flujo sanguíneo, un aporte inadecuado de nutrientes y oxígeno a las células dificultará su actividad reparadora, factores que afectan la cicatrización, tal como lo explica Lucha³¹.

En ese mismo orden de ideas Blanco³², explica que otro factor de riesgo de la hipertensión arterial es la aparición de las úlceras de origen hipertensivo, descubiertas por primera vez por Martorell, estas representan una complicación poco frecuente de la hipertensión arterial no controlada y de larga evolución, también menciona que el diagnóstico muestra una isquemia originada por la obliteración de las arteriolas, lesión similar a las halladas en otras estructuras del paciente hipertenso como la retina, el riñón o el cerebro. Estos pacientes que desarrollan este tipo de úlceras presentan mayor resistencia vascular, hipertrofia de la media de las arteriolas lo que produce un disminución en la perfusión tisular y estrechamiento vascular.

³¹ LUCHA FERNÁNDEZ, Víctor, MUÑOZ MAÑEZ, V. y FORNES PUJALTE, Begoña. La cicatrización de las heridas. Valencia. 2008. 14 p.

³² BLANCO GONZALEZ, Elisa. et al. Úlcera de Martorell: complicación infrecuente de la hipertensión de larga evolución. Pontevedra. Elsevier. 2011. 211-213 p.

La insuficiencia renal crónica (IRC), según la National Kidney Foundation³³, se define como la presencia de daño renal de carácter progresivo e irreversible, que se desarrolla en un periodo igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m. De acuerdo con Corral³⁴, el inmunocompromiso que padecen estos pacientes con IRC, presentan una inmunidad celular alterada debido a una disminución en el conteo de linfocitos T, los hace más propensos a infecciones de variada índole.

Tal como lo explica Asejo³⁵, la erisipela es una enfermedad infecciosa cutánea de origen bacteriano, principalmente causado por estreptococos pyogenes, que se manifiesta como un tipo de celulitis, principalmente de la dermis y en menor grado de la hipodermis que se acompaña de signos locales como dolor, eritema, calor y signos generales como fiebre y escalofríos. Del mismo modo Rodríguez³⁶, agrega que para el tratamiento de la erisipela, se recomienda el uso de antibióticos, limpieza y desinfección de la herida.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se caracteriza por una reducción persistente del flujo de aire. Para su tratamiento se prescribe el uso de corticoesteroides, que según lo expuesto por Ángel³⁷, reducen la inflamación y debilitan el sistema inmune, disminuyendo la habilidad de cicatrizar las heridas. Se suspende el proceso inflamatorio y no existen

³³ VENADO ESTRADA, Aida. et al. Insuficiencia renal crónica. Ciudad de México. 2009. 3 p.

³⁴ CORRAL, Mariquena. Manifestaciones cutáneas de la insuficiencia renal crónica. Bogotá. 2015. 6 p.

³⁵ ASENJO CALVO, María. ALONSO PAQUECO, Manuel y ZAMBRANO CENTENO, Luis. Erisipela. Guadalajara. 2004. 1 p.

³⁶ RODRIGUEZ, Viviana. Erisipela. Buenos aires. 2007. 281 p.

³⁷ ANGEL CASANOVA, Aida. fisiología de la cicatrización de las heridas. Cali. 2010. 18 p.

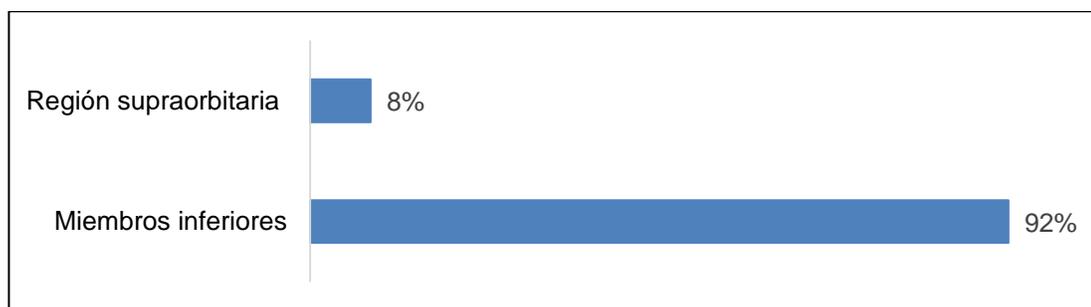
suficientes glóbulos blancos para iniciar el proceso de reconstrucción, predisponiendo al paciente a infección.

Tabla 4. Región anatómica

Región anatómica	No.	%
Miembros inferiores	11	92%
Región supraorbitaria	1	8%
Total	12	100%

Fuente: encuesta

Gráfica 4. Región anatómica



Fuente: encuesta

En cuanto a la región anatómica, la gráfica anterior muestra que un 92% de los pacientes intervenidos por clínica de heridas presentaba la herida en los miembros inferiores y que el 8% presentaba la herida en la región supraorbitaria.

Según Roldan³⁸, lo anterior está relacionado en mayor proporción con las úlceras diabéticas, que se presentan en la región más distal del cuerpo, caracterizada por la disminución de la perfusión tisular y bajo aporte sanguíneo que llega a los nervios como consecuencia el resultado del daño

³⁸ ROLDAN VALENZUELA, Andrés. et al. Guía de práctica clínica: Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). 3° edición. 2017

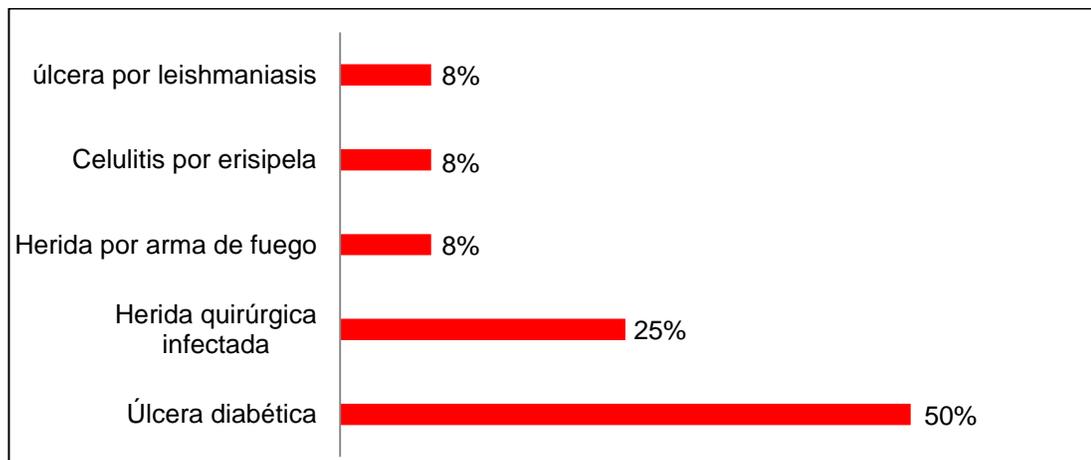
vascular, debido a esto los pacientes pierden la sensibilidad protectora del pie, desencadenando la aparición de la lesión. También considera que dicha pérdida de sensibilidad hace que la presión de un dedo sobre otro, en el interior de un calzado estrecho origine una úlcera interdigital que puede ser la puerta de entrada a una infección.

Tabla 5. Clase de herida

Clase de herida	No.	%
Úlcera diabética	6	50%
Herida quirúrgica infectada	3	25%
Herida por arma de fuego	1	8%
Celulitis por erisipela	1	8%
Úlcera por leishmaniasis	1	8%
Total	12	100%

Fuente: encuesta

Gráfica 5. Clase de herida



Fuente: encuesta

El tipo de herida evidenciada en la gráfica anterior muestra que el 50% de los pacientes con úlcera diabética, un 25% presentó herida quirúrgica infectada,

herida por arma de fuego, celulitis por erisipela y úlcera por leishmaniasis en un 8% cada una.

A nivel mundial la diabetes afecta a millones de personas, las cuales en algún momento de su vida se verán afectas por una úlcera en el pie que puede finalmente originar una amputación del propio pie o de la pierna. De acuerdo a la federación internacional de la diabetes (IDF) y a la OMS³⁹, la prevalencia de diabetes mellitus en Colombia es de 9,6% en hombres y 8,5% en mujeres.

Una herida se considera infectada cuando hay presencia de pus en el sitio de la incisión; la secreción purulenta puede estar asociada a calor local, eritema, edema, dehiscencia de sutura o absceso en formación, tal como lo explica Serrano⁴⁰, estas se asocian a infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), debido a la asepsia y manipulación inadecuada de equipos y materiales, lo que conlleva a complicaciones y una estancia prolongada en la institución de salud.

Tabla 6. Número de curaciones necesarias para lograr el proceso de cicatrización

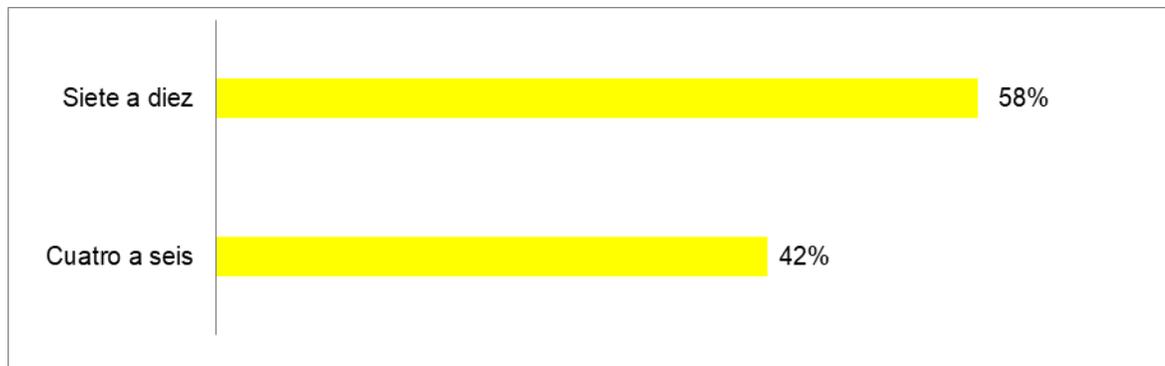
Número de curaciones	No.	%
Cuatro a seis	5	42%
Siete a diez	7	58%
Total	12	100%

Fuente: encuesta

³⁹ VARGAS URICOECHEA, Hernando. Estado actual de la Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. 25 p.

⁴⁰ SERRANO, M. Infección de la herida quirúrgica. En: Rev.colomb. vol. 13, no. 3. 150-157 p.

Gráfica 6. Número de curaciones necesarias para lograr el proceso de cicatrización



Fuente: Encuesta

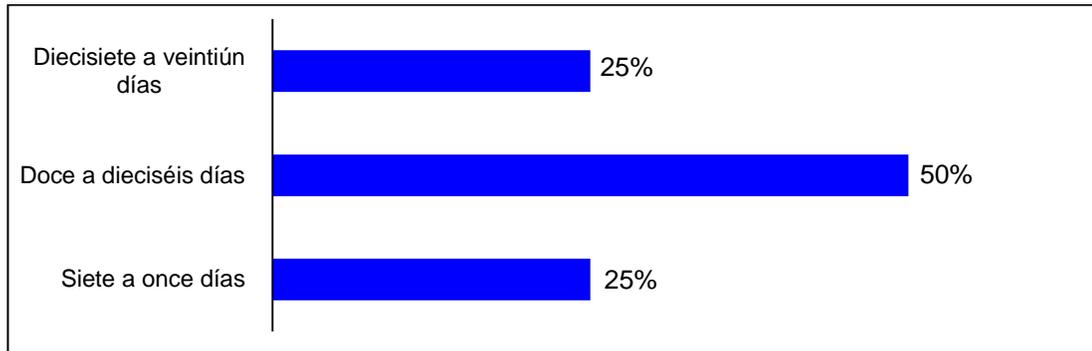
De acuerdo al número de curaciones necesarias para lograr el proceso de cicatrización, la gráfica anterior evidencia que al 58% de los pacientes se les realizó un número de 7 a 10 curaciones, seguido de 4 a 6 curaciones con un 42%.

Tabla 7. Tiempo de estancia en el programa clínica de heridas

Estancia en clínica de heridas	No.	%
Siete a once días	3	25%
Doce a dieciséis días	6	50%
Diecisiete a veintiún días	3	25%
Total	12	100%

Fuente: encuesta

Gráfica 7. Tiempo de estancia en el programa clínica de heridas



Fuente: encuesta

De acuerdo a la estancia en el programa clínica de heridas, la gráfica anterior evidencia que el 50% de los pacientes estuvieron entre doce a dieciséis días, de siete a once días y de diecisiete a veintiún días corresponde a un 25% cada una.

Al analizar el número de curaciones necesarias para lograr el proceso de cicatrización y el tiempo de estancia en el programa clínica de heridas, en la mayoría de los pacientes se encontraron antecedentes patológicos que contribuyeron a una estancia prolongada, que por medio de la realización de curaciones avanzadas, se evidenció la evolución en el proceso de cicatrización, realizando un intervalo de curación de 3 días. Andrades, Sepúlveda y González⁴¹, explican que este intervalo en curaciones permite brindar una mayor comodidad al paciente, utilizando productos de alta tecnología que mantiene las heridas en un ambiente húmedo fisiológico, que facilita rápidamente el proceso de cicatrización.

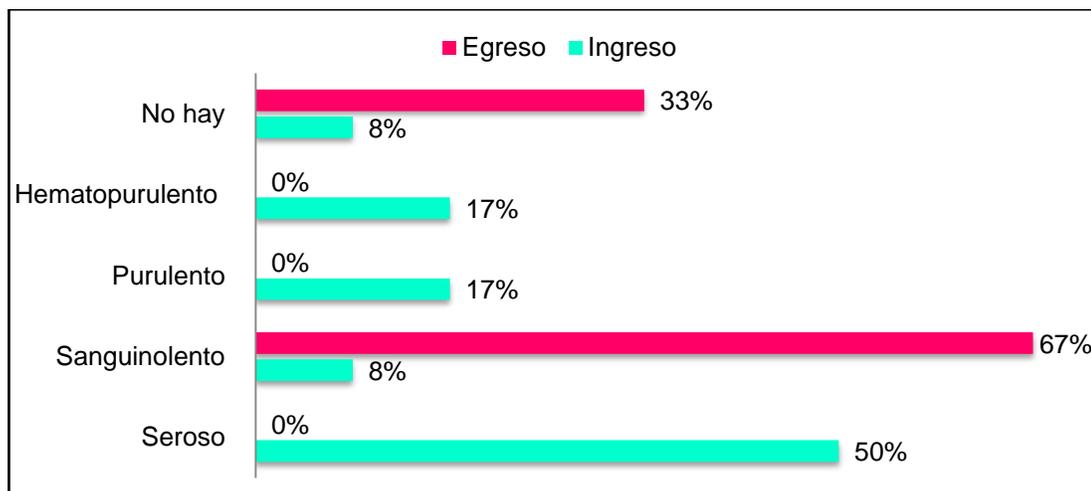
⁴¹ ANDRADES, Patricio, SEPULVEDA, Sergio y GONZALEZ, Josefina. Curación avanzada de heridas. Revista Chile de cirugía. 2004. 398 p.

Tabla 8. Características del exudado

Exudado	Al ingreso		Al egreso	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Seroso	6	50%	0	0%
Sanguinolento	1	8%	8	67%
Purulento	2	17%	0	0%
Hematopurulento	2	17%	0	0%
No hay	1	8%	4	33%
Total	12	100%	12	100%

Fuente: encuesta

Gráfica 8. Características del exudado



Fuente: encuesta

El programa clínica de heridas realiza valoración de las características del exudado, tejido y signos de infección al ingreso y egreso del paciente.

En la característica del exudado, la gráfica anterior evidencia que al ingreso del programa los pacientes presentaron, exudado seroso en un 50%, exudado purulento y hematopurulento en un 17% cada una y en un 8%

exudado sanguinolento. Al egreso, los pacientes presentaron en un 67% exudado sanguinolento y un 33% no presentaron exudado.

The World union of wound healing societies (WUWHS) ⁴², explica que el exudado está compuesto por diversas sustancias, entre ellas agua, electrolitos, nutrientes, mediadores inflamatorios, células de la serie blanca y enzimas proteolíticas. También considera que en el proceso de cicatrización de las heridas, el control del exudado es de gran importancia, hace que el objetivo habitual consista en lograr un lecho de la herida húmedo no macerado. El exudado seroso es de aspecto claro, con frecuencia se considera normal en una herida, aunque también puede asociarse a infección por bacterias productoras de fibrinolisisina como *Staphylococcus aureus*.

El exudado sanguinolento, es de aspecto rosáceo o rojo conformado por eritrocitos, indica la renovación del tejido granular de la herida, que consiste en nuevos vasos sanguíneos fibroblastos, células inflamatorias, células endoteliales y miofibroblastos⁴³.

Tabla 9. Características del tejido

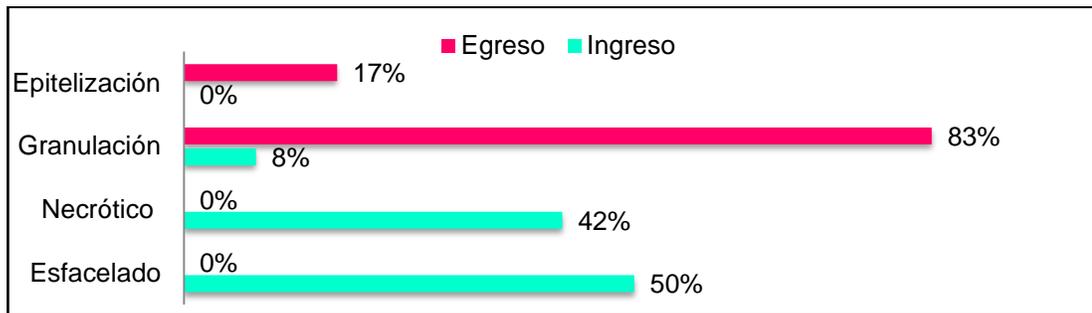
Tejidos	Al ingreso		Al egreso	
	Nº	%	Nº	%
Esfacelado	6	50%	0	0%
Necrótico	5	42%	0	0%
Granulación	1	8%	10	83%
Epitelización	0	0%	2	17%
Total	12	100%	12	100%

Fuente: encuesta

⁴² WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS), Op. cit., p. 3.

⁴³ *Ibíd.*, p. 3.

Gráfica 9. Características del tejido



Fuente: encuesta

El 50% de los pacientes intervenidos por clínica de heridas, ingresaron con tejido esfacelado, un 42% con tejido necrótico, un 8% con tejido de granulación. Al egreso, el 83% de los pacientes presentaron tejido de granulación y el 17% se encontraban en proceso de epitelización.

El tejido esfacelado o desvitalizado tiene una composición similar al tejido necrótico, con mayor cantidad de fibrina y humedad, es viscoso y de color amarillo o blanquecino, al igual que el tejido necrótico predispone a la infección y retarda la reparación de la herida⁴⁴. La aparición de este tejido retrasa la aproximación de los bordes de la herida y favorece la proliferación de las bacterias, por lo cual debe ser removido con el fin de facilitar el proceso de cicatrización.

Tejido de granulación se produce en las primeras semanas de cicatrización de las heridas, sobre todo en las partes blandas, para rellenar los espacios muertos. Es muy rico en fibroblastos, vasos capilares y colágeno, pero tiene poca consistencia hasta que no madura y se produce la fibrosis, con el paso de las semanas, según estudios de la Clínica Universidad de Navarra⁴⁵.

⁴⁴ DIVISIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS. Desbridamiento y manejo de heridas infectadas. Chile. 2010. 8 p.

⁴⁵ CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Diccionario médico. España. 2015.

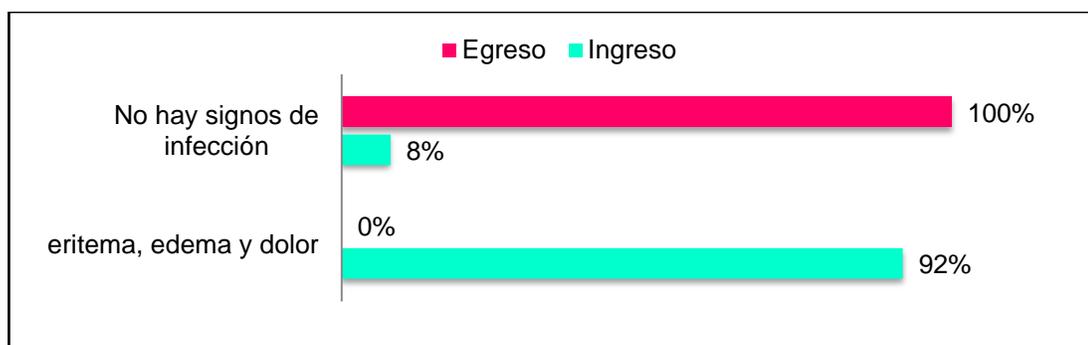
La utilización de productos de alta tecnología contribuye de forma significativa la proliferación de tejido de granulación, el cual recubre el lecho de la herida y así completando una de las etapas del proceso de cicatrización como lo la fase proliferativa.

Tabla 10. Signos de infección

Signos de infección	Al ingreso		Al egreso	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Eritema, edema y dolor	11	92%	0	0%
No hay signos de infección	1	8%	12	100%
Total	12	100%	12	100%

Fuente: encuesta

Gráfica 10. Signos de infección



Fuente: encuesta

Se evidencia en la gráfica anterior que el 92% de los pacientes intervenidos por clínica de heridas, presentaron signos y síntomas de infección (eritema, edema y dolor) y el 6% no presentó al ingreso; al egreso del programa 100% de los pacientes no presentaban signos ni síntomas de infección.

La presencia de bacterias en una herida puede dar lugar a la contaminación, colonización e infección, en esta última las bacterias se multiplican, se interrumpe el proceso de cicatrización y se dañan los tejidos de la herida (infección local), la cual se manifiesta a menudo con los signos y síntomas

clásicos de la inflamación, dolor, calor, tumefacción, rubor e impotencia funcional⁴⁶.

Al ingreso los pacientes presentaron signos infección, ya que en su mayoría presentaban enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, éstas según lo establecido por la European Wound Management Association (EWMA)⁴⁷, los pacientes con mayor riesgo de desarrollar infecciones de las heridas son aquellos cuyas respuestas inmunitarias son reducidas, la diabetes mellitus mal controlada influye desfavorablemente tanto en el desarrollo de infecciones como en la cicatrización de la heridas. Al egreso estos pacientes no presentaron signos de infección gracias a la realización de curaciones con productos de curación avanzada y el tratamiento con antibióticos.

Tabla 11. Desbridamiento quirúrgico

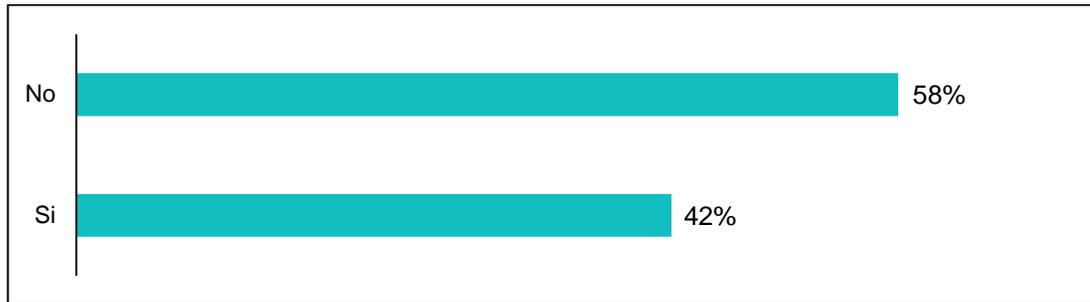
Desbridamiento quirúrgico	No.	%
Si	5	42%
No	7	58%
Total	12	100%

Fuente: encuesta

⁴⁶ PRINCIPIOS DE LAS MEJORES PRÁCTICAS. La infección de las heridas en la práctica clínica. Londres. 2008. 1-2 p.

⁴⁷ EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION (EWMA). Identificación de los criterios de infección en herida. Londres. 2005. 2 p.

Gráfica 11. Desbridamiento quirúrgico



Fuente: encuesta

Se evidencia en la gráfica anterior que de los pacientes intervenidos por clínica de heridas el 58% no requirieron un desbridamiento quirúrgico, mientras que el 42% si le realizaron un desbridamiento quirúrgico.

El desbridamiento es una técnica que se utiliza para la eliminación del tejido esfacelado o necrótico de una herida, ya sea de forma quirúrgica, mecánica, enzimática y autolítico. El desbridamiento quirúrgico es utilizado en heridas infectados o con alta alto riesgo de infección, pie diabético grado II a V⁴⁸. Sin embargo predominó el desbridamiento autolítico ya que se utilizaron productos que su principal función es remover el tejido desvitalizado, lo cual contribuye a la comodidad y avance en el proceso de cicatrización de la herida.

⁴⁸ DIVISIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS. Op. cit., p.7-12.

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR CLÍNICA DE HERIDAS

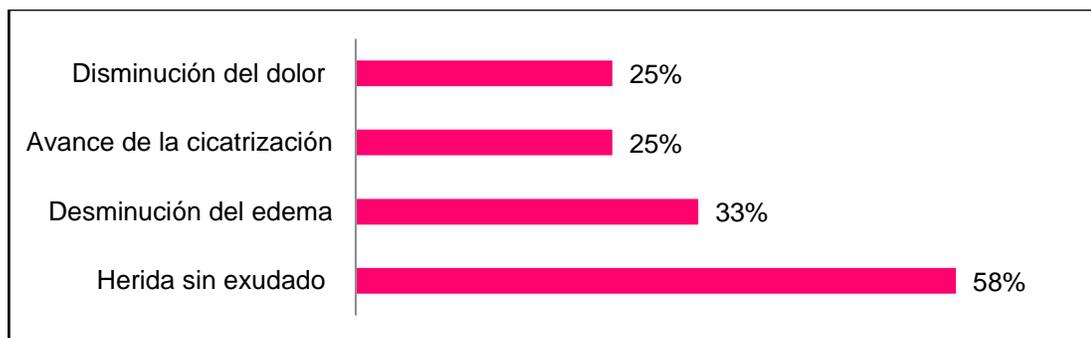
Tabla 12. Proceso de evolución de la herida según el paciente

Proceso de evolución n:12	No.	%
Herida sin exudado	7	58%
Avance de la cicatrización	4	33%
Disminución del edema.	3	25%
Disminución del dolor	3	25%

Fuente: encuesta

A los pacientes intervenidos por clínica de heridas, se les aplicó una encuesta de satisfacción, manifestando su opinión sobre dicha intervención. Esta fue aplicada, luego de la realización de tres curaciones, la cual arrojó los siguientes resultados.

Gráfica 12. Proceso de evolución de la herida según el paciente



Fuente: encuesta

Se evidencia en la gráfica anterior, con respecto a la entrevista a los pacientes, manifestaron que la herida ha evolucionado porque se encuentra sin exudado en un 58%, disminución del edema en un 33%, avance de la cicatrización y disminución del dolor con un 25% cada una.

El programa clínica de heridas, utiliza el esquema TIME, el cual se ve reflejado en la evolución de la herida de los pacientes y está muy relacionado con la satisfacción de los pacientes.

En la evolución de las heridas se involucra un conjunto de procesos, en las que se incluye la cicatrización como el principal y la valoración del lecho de la herida, se utiliza el esquema TIME que significa T: control del tejido, I: control de infección e inflamación, M: control del exudado, E: estimulación de los bordes epiteliales.

El objetivo de este esquema es optimizar el lecho de la herida mediante la corrección de anomalías que retrasan la cicatrización, siempre que se tenga presente los factores intrínsecos y extrínsecos que repercuten en la incapacidad de la herida para curarse. De esta manera si todos los elementos del esquema se tratan de forma correcta muchas heridas evolucionarían hacia la cicatrización, tal como lo establece The World union of wound healing⁴⁹.

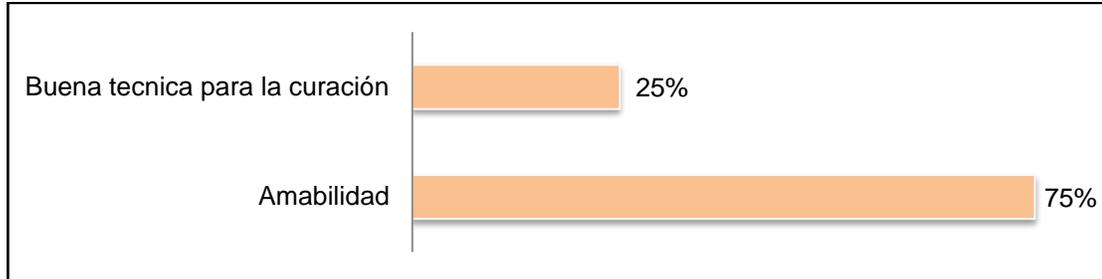
Tabla 13. Atención del personal de clínica de heridas según el paciente

Atención	No.	%
Amabilidad	9	75%
Buena técnica para la curación	3	25%
Total	12	100%

Fuente: encuesta

⁴⁹ WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Op. cit., p.15.

Gráfica 13. Atención del personal de clínica de heridas según el paciente



Fuente: encuesta

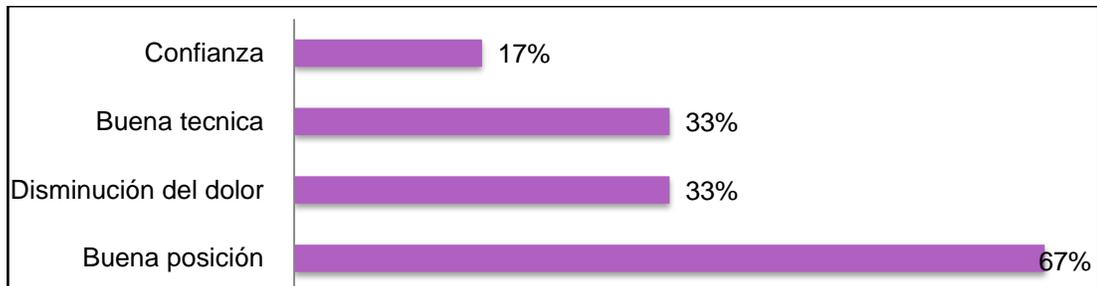
Se evidencia en la gráfica anterior, que los pacientes intervenidos por el personal de clínica de heridas manifestaron amabilidad en un 75% y buena técnica en un 25%.

Tabla 14. Comodidad del paciente

Comodidad n:12	No.	%
Buena posición	8	67%
Disminución del dolor	4	33%
Buena técnica	4	33%
Confianza	2	17%

Fuente: encuesta

Gráfica 14. Comodidad del paciente



Fuente: encuesta

Se evidenció en la gráfica anterior que al momento de la curación los pacientes intervenidos por clínica de heridas, manifestaron que se

encuentran en una buena posición con un 67%, disminución del dolor y buena técnica con un 33% cada una y en un 17% que manifestaron confianza.

La comodidad del paciente y la amabilidad va muy relacionada con la atención prestada por el personal de clínica de heridas. Según González, Montalvo y Herrera⁵⁰, la comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción.

Por otro lado Moreno y Muñoz⁵¹, consideran que la amabilidad, es el resultado de la interacción enfermera-paciente. Estudios han indicado que la amabilidad y el tratamiento de los pacientes como seres humanos, son características positivas de la enfermera, la naturaleza del contacto durante el cuidado y la atención, puede transmitir el interés y amabilidad en el momento crítico del estado de salud y del tratamiento altamente tecnificado, tal como lo plantea Ramírez⁵².

Tabla 15. Educación recibida por parte del personal de clínica de heridas

Educación recibida	No.	%
Mantenimiento de los vendajes	11	92%
Hacer ejercicio	1	8%
Total	12	100%

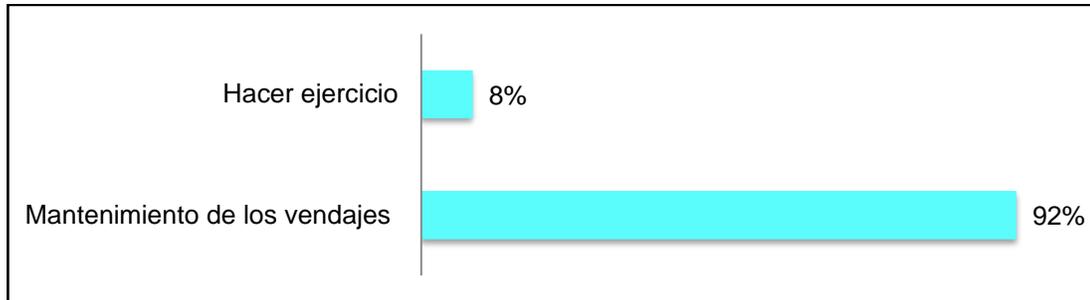
Fuente: encuesta

⁵⁰ GONZALEZ GOMEZ, Ana, MONTALVO PRIETO, Amparo y HERRERA LIAN, Arleth. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivo e intermedio. Cartagena. 2016. 257 p.

⁵¹ MORENO, Alvis y MUÑOZ, S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. *En*: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002. 207-216 p.

⁵² RAMIREZ, P. MÜGGENBURG, C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Ciudad de México. 2015. 3 p.

Gráfica 15. Educación recibida por parte del personal de clínica de heridas



Fuente: encuesta

Se evidenció en la gráfica anterior que los pacientes intervenidos por clínica de heridas reciben educación por parte del personal a cerca de mantenimiento de los vendajes en un 92% y hacer ejercicio en un 8%.

Tal como lo expone Vega⁵³, la educación para la salud es una parte muy importante de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades, juega un papel fundamental en el logro de mejores condiciones de vida, altos niveles de salud y de bienestar para los individuos, los grupos y las comunidades.

La educación es de gran importancia en el programa de clínica de heridas, forma una parte integral en el cuidado de las heridas. De acuerdo con Barón⁵⁴, la educación integra conocimientos básicos sobre las heridas y cubren completamente los cuidados para la prevención y tratamientos, los cuales van dirigidos a paciente, cuidador y familia.

De acuerdo a la satisfacción manifestada por los pacientes intervenidos por clínica de heridas, los pacientes expresaron a través de la encuesta,

⁵³ VEGA GÓMEZ, Omar. Educación Para La Salud. Euned, 2002.

⁵⁴ BARON BURGOS, María Margarita. et.al. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Alcalá. 2015. 79 p.

presentar evolución de la herida porque disminuyó el exudado, el edema, el dolor y que al momento de la curación el personal de clínica de heridas les brindaba una atención segura, trato amable, con buena técnica y posición, que les proporcionaba comodidad durante la curación, acompañada de una educación integral sobre el cuidado del vendaje para el sostenimiento de apósitos.

5. CONCLUSIONES

Los pacientes hospitalizados intervenidos por clínica de heridas, se caracterizaron de la siguiente forma: la edad más frecuente se encontró en el rango de 56 años o más, el sexo que predominó fue el masculino y la mayor parte de los pacientes provenían de la zona rural, los cuales se encontraban afiliados al régimen subsidiado.

Estas características de los pacientes resaltan la importancia del programa de clínica de heridas que tiene la institución escenario del estudio, considerando que existe un beneficio para los pacientes de bajo nivel socioeconómico, especialmente los procedentes de zonas donde no tienen acceso a los recursos tecnológicos que puede ofrecer este programa.

La realización de curación avanzada permitió una buena evolución en las heridas, evidenciado en la modificación de las características de las heridas a lo largo de la intervención por clínica de heridas. Al ingreso al programa, las heridas presentaron signos de infección con tejido esfacelado y exudado seroso, hematopurulento y purulento, situación que cambió al egreso, observándose heridas sin infección, con tejido de granulación y algunas sin exudado y otras con exudado sanguinolento, lo cual indica un progreso hacia la cicatrización completa de esas heridas.

La utilización de productos tecnológicos y el cuidado brindado por el personal de clínica de heridas a los pacientes, aportaron beneficios relacionados con la disminución de la frecuencia y el número de curaciones, lo cual favorece el bienestar de los pacientes y mejorando el estado de la herida.

Los pacientes intervenidos por clínica de heridas se encuentran satisfechos con la intervención del programa clínica de heridas, tanto en lo referente a la evolución de sus heridas, como al trato recibido por el personal del programa. En las entrevistas, estos pacientes manifestaron haber mejorado en cuanto al dolor, edema y exudado de las heridas, así como en la

cicatrización de las mismas. También destacaron la amabilidad, comodidad, confianza y educación brindadas por el personal que los atendió.

6. RECOMENDACIONES

A LA INSTITUCIÓN DE SALUD

- Continuar con el programa clínica de heridas
- Resaltar la importancia del programa clínica de heridas dentro de la institución.
- Implementar una encuesta de satisfacción al usuario del programa clínica de heridas.
- Integrar más profesional de enfermería capacitado para el programa clínica de heridas.

A LA UNIVERSIDAD

- Implementar curso pedagógico sobre el manejo de heridas complejas y productos de alta tecnología en curación avanzada.
- Realizar otras investigaciones respecto al cuidado de las heridas para fortalecer la línea de investigación “Cuidado de la salud y práctica profesional”.

BIBLIOGRAFIA

ABURTO TORRES, Isabel y MORGADO ALCAYAGA, Patricia [online]. Desbridamiento y manejo de heridas infectadas. Santiago, 2000. [Citado 13, mayo, 2017]. Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/Debridamiento-Y-Manejo-De-Heridas-Infectadas.pdf>

ALLUÉ GRACIA, M. et. al. Heridas crónicas: un abordaje integral. Huesca. 2012. 50 p.

ANDRADES, Patricio, SEPULVEDA, Sergio y GONZALEZ, Josefina. Curación avanzada de heridas. Revista Chile de cirugía. 2004. 398 p.

ANGEL CASANOVA, Aida. fisiología de la cicatrización de las heridas. Cali. 2010. 18 p.

ASENJO CALVO, María. ALONSO PAQUECO, Manuel y ZAMBRANO CENTENO, Luis. Erisipela. Guadalajara. 2004. 1 p.

AVILÉS ARANDA, José Domingo. et.al. Heridas crónicas en un área de salud de Murcia. Murcia. 2016. 19-24 p.

BARON BURGOS, María Margarita. et.al. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Alcalá. 2015. 79 p.

BEASKOETXEA GÓMEZ, Paz; et.al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: estudio atenea. Madrid. Gerokomos. 2013. 1-5 p.

BENÍTEZ RAMÍREZ, María del Mar. et al. Guía para la prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas: proceso de cicatrización. Madrid. 2015. 86 p.

BLANCO GONZALEZ, Elisa. et al. Úlcera de Martorell: complicación infrecuente de la hipertensión de larga evolución. Pontevedra. Elsevier. 2011. 211-213 p.

BROX JIMÉNEZ, Antonia. et.al. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Sevilla. 2010. 6 p.

CACICEDO GONZÁLEZ, Raquel. et.al. Prevención y cuidados locales de heridas crónicas. España. 1ª edición. Servicio cántabro de salud. 2011, 13 p.

CARREÑO, Johon. Curación avanzada de heridas. Guayaquil. 2009. 262-267 p.

CASTRO BECERRA, Alfonso y RUBIANO MESA, Yurian Lida. Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto. Bogotá. 2011. 13 p.

CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Diccionario médico. España. 2015.

CORRAL, Mariquena. Manifestaciones cutáneas de la insuficiencia renal crónica. Bogotá. 2015. 6 p.

DA SILVA, Priscila Nicácio, DE ALMEIDA ALVEZ, Evangelista Onislene y ROCHA, Izabella Chrystina. Terapia tópica en el tratamiento de las heridas crónicas. Estado de Goiás, Brasil. 2014. 14 p.

DIVISIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS. Desbridamiento y manejo de heridas infectadas. Chile. 2010. 8 p.

EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION (EWMA). Identificación de los criterios de infección en herida. Londres. 2005. 2 p.

FUNDACIÓN JORDI MAS [online]. Manual de cierre de heridas. Nueva Jersey: ethicon compañía, 2008. [Citado 17, mayo 2017]. Disponible en: <https://espanol.free-ebooks.net/ebook/Libro-Sobre-Cicatrizacion/pdf?dl&preview>

GONZALEZ GOMEZ, Ana, MONTALVO PRIETO, Amparo y HERRERELIAN, Arleth. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivo e intermedio. Cartagena. 2016. 257 p.

GRAU PECHUAN, Concepción y ROSSELLÓ LLÉRENA, Julián [online]. Desbridamiento de heridas quirúrgicas y úlceras de la piel. Castellón. [Citado 13, mayo, 2017]. Disponible en : <http://gneaupp.info/desbridamiento-de-heridas-quirurgicas-y-ulceras-de-la-piel/>

JIMÉNEZ, César. Curación avanzada de heridas. En: Revista colombiana de cirugía. vol. 23, no. 3. 180 p.

KEYES, Brice et al. Impaired epidermal to dendritic T cell signaling slows wound repair in aged skin. Nueva York. 2016. 1323 p.

LUCHA FERNÁNDEZ, Víctor, MUÑOZ MAÑEZ, V. y FORNES PUJALTE, Begoña. La cicatrización de las heridas. Valencia. 2008. 14 p.

MAYOR, Mariano. Heridas complejas [online]. Rosario. Copyrigh 2016. [Citado 29, septiembre 2017]. Disponible en: <http://doctormayor.com.ar/service/heridas-complejas/>

MENDOZA RAMOS, Miguel Ángel, RAMÍREZ ARRIOLA, María Cleofás. Abordaje multidisciplinario del pie diabético. México. 2006. 167 p.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá. 2008. 101 p.

MORENO, Alvis y MUÑOZ, S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002. 207-216 p.

MUÑOZ RODRIGUEZ, Ana. et.al. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas: generalidades sobre el cuidado de las heridas. Madrid. 2014. 75 p.

OPS, OMS. Leishmaniasis cutánea y mucosa [online]. 2012. [Citado 28, septiembre 2017]. Disponible en <http://www.paho.org/hq/index.php>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Leishmaniasis [online]. 2017. [Citado 9, septiembre 2017]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>

PRINCIPIOS DE LAS MEJORES PRÁCTICAS. La infección de las heridas en la práctica clínica. Londres. 2008. 1-2 p.

RAMIREZ MEJÍA, Néstor y VERGARA OSORIO, Giovanni. Guía de manejo de infecciones de piel y tejidos blandos. Pereira. 1 p.

RAMIREZ, P. MÜGGENBURG, C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Ciudad de México. 2015. 3 p.

RODRIGUEZ, Viviana. Erisipela. Buenos aires. 2007. 281 p.

ROLDAN VALENZUELA, Andrés. et al. Guía de práctica clínica: Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH). 3º edición. 2017

SEPÚLVEDA, Gustavo, et al. Curación asistida por presión negativa comparada con curación convencional en el tratamiento del pie diabético amputado. Ensayo clínico aleatorio. En: Cirugía española. Vol. 86, no. 3. 171-177 p.

SERRANO, M. Infección de la herida quirúrgica. En: Rev.colomb. vol. 13, no. 3. 150-157 p.

SOLDEVILLA AGREDA, Javier. Ulceras por presión: la dimensión de un verdadero problema de salud. En: Segundo simposio internacional de heridas y piel. (3: 3-5, agosto, 2016: Cali, Colombia). Cali: Centro Médico Imbanaco, 2016. 5-24 p.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Protocolo manejo de heridas. Bucaramanga. 2015. 8 p.

VADER TITO, Victoria y REPETTO TRUJILLO, Fernán. Heridas y cicatrización. 2011. 10-17 p.

VARGAS URICOECHEA, Hernando. Estado actual de la Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. 25 p.

VEGA GÓMEZ, Omar. Educación Para La Salud. Euned, 2002.

VENADO ESTRADA, Aida. et al. Insuficiencia renal crónica. Ciudad de México. 2009. 3 p.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Preparación del lecho de la herida en la práctica. Londres. 2004. 16 p.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Londres. 2007. 2 p.

ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ACERCA DE LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA CLÍNICA HERIDAS

FECHA: D__M__A__

YO: _____ IDENTIFICADO CON CC N° _____

Doy mi autorización para la aplicación de la encuesta de satisfacción acerca de la intervención del programa clínica de heridas, ya que con anterioridad las estudiantes de enfermería _____ y _____ me han explicado los objetivos del estudio “Beneficios de pacientes intervenidos por clínica de heridas”. Dicha encuesta será utilizada con fines académicos y de carácter confidencial.

FIRMA: _____ CC _____ DE _____

ANEXO B.



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
2017**

**FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA DE
HERIDAS**

CÓDIGO: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

DOCUMENTO: _____ **EPS:** _____

EDAD: _____ **SEXO** _____

PROCEDENCIA: Urbana ____ Rural ____

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS			TÓXICOS	ALÉRGICOS	
Hipertensión Arterial		Insuficiencia Renal	Fuma	Medicamentos	
Diabetes		Neoplasia	Licor frecuente	Alimentos	
Enfermedad Arterial		Enfermedades neurológicas	Drogas psicoactivas	Biológicos	

Enfermedad Venosa		¿Cuál?		Medicamentos Cuales		OTROS	
Enfermedades Autoinmunes Cual:							

UBICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA HERIDA

Número de heridas: _____

Región anatómica: _____

Clase de herida: _____

FECHA DE INGRESO A CLÍNICA DE HERIDAS _____

PERIODICIDAD DE LAS CURACIONES _____

EVOLUCIÓN DE LA HERIDA

Fecha	Cantidad y características del exudado	Características del tejido (aspecto , cantidad, ubicación)						Tamaño de la herida			Signos de infección (fiebre, eritema , dolor)	
		Es	N	G	E	Cantidad	Ubicación	L	T	P		

Es: esfacelo **N:** necrótico **G:** granulación **E:** epitelización **L:** longitud **T:** transversal
P: profundidad

MATERIALES UTILIZADOS EN LA CURACIÓN:

FECHA	MATERIAL UTILIZADO

ANEXO C



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES INTERVENIDOS POR CLÍNICA
DE HERIDA**

CÓDIGO: _____

Responderá a las siguientes preguntas de manera responsable, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial, y tomada con fines educativos.

1. Siente usted que ha mejorado desde la intervención por clínica de heridas, si, no ¿Por qué? En qué cosas ha notado su mejoría

2. Cómo se ha sentido con la atención del personal de clínica de heridas, ¿Por qué?

3. ¿Cómo se siente al momento de la curación?

4. ¿Recibe educación acerca de la evolución de su herida por parte del personal de enfermería de clínica de heridas?

5. ¿Siente comodidad al momento de la curación?

6. ¿Qué es lo que más le ha gustado de la intervención por clínica de heridas?

7. ¿Qué considera que puede mejorar la atención de clínica de heridas?



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Rumbo a la
**ACREDITACIÓN
INSTITUCIONAL**

Montería, 24 de mayo de 2017

Subdirector científico
William Montes

Montería,

Cordial saludo.

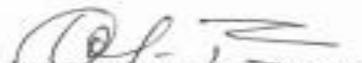
El Comité de Investigación y Extensión de la Facultad Ciencias de la Salud, dio su aprobación al proyecto titulado: "BENEFICIOS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR CLÍNICA DE HERIDAS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE MONTERÍA, 2017" Este proyecto se pretende desarrollar en la E.S.E. Hospital San Jerónimo, a cargo de las estudiantes del Programa de Enfermería: María Alejandra Borja Suárez y Jenifer Cogollo Hernández, quienes en estos momentos y de acuerdo a su colaboración iniciarán el proceso de recolección de la información.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, solicitamos su valiosa colaboración, para que las estudiantes antes mencionadas, puedan acceder a la información requerida para su estudio. De acuerdo al objetivo investigativo: "Determinar los beneficios de la intervención de clínica de heridas en los pacientes de una institución de salud de Montería con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de los pacientes con heridas complejas".

Es importante aclarar, que la recolección de los datos, se hará a través de la aplicación de dos instrumentos, uno para realizar seguimiento a la evolución de las heridas, a partir de los datos consignados en la historia clínica y otro instrumento para indagar la satisfacción de los pacientes con respecto a la intervención de clínica de heridas, de acuerdo a los criterios de inclusión. Por la naturaleza del estudio se tendrá en cuenta lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las bases conceptuales y legales de la investigación en salud.

Le agradecemos su atención al respecto. Se anexa resumen ejecutivo del proyecto de investigación.

Atentamente,


ALVARO SANCHEZ CARABALLO
Coordinador Trabajo de Grado
Programa Enfermería


V.Bo
William Montes

Comprometida con el desarrollo regional



Carretera 6ª, No. 75-103 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860020 -
7860381 www.unicordoba.edu.co