



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE
CICATRIZACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS EN ADULTOS. HOSPITAL GENERAL
DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR 2019.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

AUTOR(A)

ALMAGRO MALAVÉ ANDREA CRISTINA

TUTOR(A)

LIC. ISOLED DEL VALLE HERRERA PINEDA, PhD

PERIODO ACADÉMICO

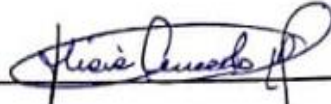
2019 – 2

TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, Mgt.

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y DE LA SALUD**



Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.

**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERIA**



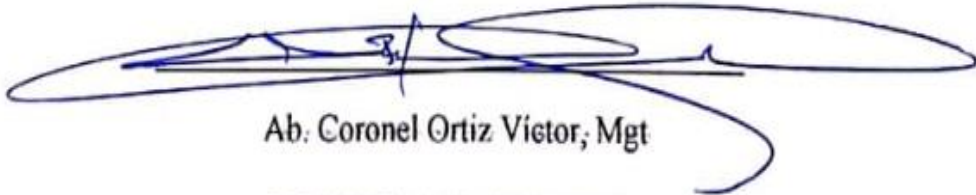
Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.

PROFESORA DE AREA



Lic. Isoled del Valle Herrera Pineda, PhD.

TUTORA



Ab. Coronel Ortiz Víctor, Mgt

SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de Tutora de Trabajo de Investigación, titulado **ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS EN ADULTOS. HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, 2019**, elaborado por, la **SRTA. ALMAGRO MALAVÉ ANDREA CRISTINA** estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la **APRUEBO** en todas sus partes.

Atentamente.



Lic. Isoled Del Valle Herrera Pineda, PhD

TUTORA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por la vida de mis padres y porque día a día bendice nuestras vidas y nos brinda la hermosa oportunidad de convivir con las personas que más amamos, por ser el creador del Universo y por permitir alcanzar mi objetivo.

A mis padres, por ser quienes me dieron la vida, por apoyarme y alentarme en cada uno de mis pasos en mi etapa estudiantil.

A mi hijo por ser mi pilar fundamental e inspiración a seguir adelante.

A mi querida Tutora, la Lic. Isoled del Valle Herrera Pineda, PHD, por orientarme a lo largo de este proyecto de investigación.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE), por brindarme la oportunidad de estudiar en tan distinguida facultad y lograr culminarla con éxito esta bella etapa.

Al Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor por abrirme sus puertas y lograr cumplir con lo propuesto.

A la Clínica de Heridas y al personal que allí laboran, por facilitarme su valiosa y desinteresada ayuda.

Gracias a la vida por obtener este nuevo triunfo, gracias a todas quienes me apoyaron y creyeron en la elaboración de esta tesis.

Almagro Malavé Andrea Cristina

DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de graduación es de nuestra responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Almagro Malavé Andrea Cristina

C.I 2450417890

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO

APROBACIÓN DE TUTOR

AGRADECIMIENTO

DECLARACIÓN

ÍNDICE GENERAL	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. Planteamiento del Problema	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2 Formulación del Problema	6
2. Objetivos.....	6
2.1 Objetivo general.....	6
2.2 Objetivos específicos	7
2.3 Viabilidad y Factibilidad.....	7
3. Justificación	7
CAPÍTULO II.....	9
4. Marco Teórico.....	9
4.1 Marco Referencial.....	9
4.2 Marco Teórico.....	10
4.3 Marco Legal	27
4.4 Fundamentación de enfermería	28
5. Formulación de Hipótesis	29
5.1 Identificación y Clasificación de las Variables.....	29
5.2 Operacionalización de Variables	30
CAPÍTULO III	32
6. Diseño Metodológico	32
6.1 Tipo de Investigación.....	32
6.2 Métodos de Investigación.....	32
6.3 Población y Muestra.....	32
6.4 Tipo de Muestreo	32
6.5 Técnicas de Recolección de Datos	33
6.6 Instrumentos de Recolección de Datos.....	33
6.7 Aspectos Éticos	34

CAPÍTULO IV

7	Presentación de Resultados	35
7.1	Análisis e Interpretación de Resultados	35
7.2	Comprobación de Hipótesis.....	44
7.3	Conclusiones	45
7.4	Recomendaciones	46
	Referencia Bibliográfica	47
	Anexos	
	Glosario	

RESUMEN

La diabetes puede dar lugar a la aparición de lesiones cutáneas y úlceras en los pacientes. Esto se debe a la afectación de la enfermedad diabética sobre vasos, nervios y tejido epitelial. Por otra parte, son pacientes que por su propia patología de base tienen un elevado riesgo de infección, provocando complicaciones importantes generales o locales. El papel del profesional de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar que debe abordar este grave problema de salud; la educación sanitaria, las recomendaciones de prevención, la identificación de riesgos, el establecimiento de un plan de cuidados individualizado constituye los pilares sobre los que se asienta este rol. El objetivo general de la investigación consiste en determinar la relación que existe entre el abordaje de enfermería y el proceso de cicatrización de heridas crónicas, la misma que se desarrolló con carácter observacional, enfoque mixto (cuali – cuantitativo), descriptivo – correlacional. Las técnicas empleadas fueron, la observación directa y encuestas, los instrumentos utilizados fueron la hoja de valoración de riesgos, escala de Norton Modificada, Escala de Push y encuesta por Patrones Funcionales de Salud, la muestra obtenida estuvo compuesta por un grupo de 50 personas, donde se comprobó que las heridas crónicas más relevantes son las úlceras por presión y lesión en pie diabético, los riesgos que presentan son las alteraciones circulatorias y pérdida de la sensibilidad, sumándose a lo anterior, la mayoría presenta tejido de granulación con el 78% y esfacelos con un porcentaje del 8% . De igual manera se logró constatar mediante la escala aplicada la longitud y anchura que presentaron los usuarios en las heridas de aproximadamente 4,18cm obteniendo un porcentaje de 42%, la clasificación de riesgo evidenció el 60% representado en un riesgo mínimo.

Palabras clave: Abordaje; enfermería; proceso de cicatrización; heridas crónicas; cuidado de heridas

ABSTRACT

Diabetes can lead to the appearance of skin lesions and ulcers in patients. This is due to the involvement of diabetic disease on vessels, nerves and epithelial tissue. On the other hand, they are patients who due to their own underlying pathology have a high risk of infection, causing important general or local complications. The role of the nursing professional is essential within the multidisciplinary team that must address this serious health problem; health education, prevention recommendations, risk identification, the establishment of an individualized care plan constitutes the pillars on which this role is based. The general objective of the research is to determine the relationship between the nursing approach and the process of healing chronic wounds, the same one that was developed with observational character, mixed (qualitative - quantitative), descriptive - correlational approach. The techniques used were, direct observation and surveys, the instruments used were the risk assessment sheet, Modified Norton scale, Push Scale and survey by Functional Health Patterns, the sample obtained was composed of a group of 50 people, where it was found that the most relevant chronic wounds are pressure ulcers and diabetic foot injury, the risks they present are circulatory alterations and loss of sensitivity, adding to the above, most of them have granulation tissue with 78% and Sface them with a percentage of 8%. In the same way, it was possible to verify by means of the applied scale the length and width that the users presented in the wounds of approximately 4.18cm obtaining a percentage of 42%, the risk classification evidenced the 60% represented in a minimum risk.

Keywords: Approach; Nursing; healing process; chronic wounds; wound care

INTRODUCCIÓN

El abordaje de Enfermería y el Proceso de Cicatrización de las heridas es un tema primordial en el progreso de las enfermedades crónicas de un paciente, ya que el cuidado directo que proporciona el personal de enfermería ayuda a una pronta recuperación, es por ello que se debe aplicar un correcto abordaje sanitario de las lesiones mediante el correcto lavado de manos y una adecuada desinfección del área donde se encuentra ubicada la herida. Por tal motivo es importante que el personal de salud explícitamente el profesional de Enfermería brinde los cuidados necesarios a todas las personas independientemente de la enfermedad que padezca.

Por otra parte, se menciona acerca de las heridas crónicas, estas lesiones que causan severo daño en la piel de los pacientes los cuales no se curan con facilidad ni en un ordenado conjunto de etapas, algunas tardan meses en cicatrizar debido a los factores de riesgos a los cuales se encuentran expuestos día a día y la falta de interés por una vida estable y saludable.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) dan a conocer de igual manera que estas lesiones son de larga duración, las cuales comprometen la vida de millones de personas a nivel mundial arrojando un 71% como porcentaje de las muertes que se producen en el mundo. Obteniendo con total relevancia a las patologías crónicas no transmisibles con una cantidad de personas que la padecen de casi 17 millones. Y como menor relevancia a la diabetes con 1,6 millones.

Ahora si bien es cierto a nivel mundial estas enfermedades cobran millones de vidas, en el continente americano 4 de cada 5 personas fallecen y se pronostica seguirá en aumento en los próximos años, y cabe recalcar que las 5 patologías crónicas siguen intactas representando así a las enfermedades crónicas no transmisibles con el 15,6%.

En el Ecuador, los datos de la Sociedad Ecuatoriana de pie Diabético (2016), manifiesta que en las últimas décadas las heridas con mayor relevancia son las úlceras de decúbito y pie diabético, teniendo como relevancia que esta última es la causa principal de muerte en nuestro país las cuales ameritan amputación del miembro entre el 24% y 27%. Los indicadores como son la mala alimentación, la obesidad sobrepeso, antecedentes familiares de Diabetes Mellitus, entre otros son factores que desarrollan el riesgo de padecer diabetes.

En la actualidad, la ausencia de un enfoque global acerca del cuidado de las heridas se puede considerar un grave problema las cuales tienen sus implicaciones tanto de forma económica como en la calidad de atención. Esto se debe a que gran cantidad de personas no cuentan con una asesoría adecuada en cuanto a su alimentación y estilo de vida, es posible corregir este problema mediante la motivación y el fomento de hábitos y conductas que favorezcan el desarrollo físico, psicológico y social como medida de prevención. Es importante mencionar de igual manera la falta de recursos económicos que impiden a estas personas realizarse exámenes mensuales para determinar su estado de salud.

Por consiguiente, dicho estudio dio a conocer la realidad en la que viven estas personas que presentan heridas de difícil curación dando como prioridad la falta de conocimiento acerca de los factores de riesgo a los que se exponen diariamente. El cual podría tener una creciente en lo que respecta la morbilidad de la población que padecen lesiones de difícil acceso.

La presente investigación es de enfoque mixto, descriptivo- correlacional ya que la misma se encuentra orientada a determinar la relación que existe entre el Abordaje de Enfermería y su relación con el proceso de cicatrización de heridas crónicas durante el periodo mayo 2019 a septiembre del presente año, además descubrir cuáles son los factores que afectan la salud del paciente y lograr conseguir bienestar en su salud del grupo de personas que colaboraron con la participación de la elaboración del trabajo investigativo.

Tras el análisis e interpretación de resultados se puede comprobar que 5 de cada 50 pacientes corren el riesgo de padecer úlceras por presión, dicho dato se obtuvo mediante la aplicación de la escala de Norton Modificada, además se comprobó una gran cantidad de usuarios que presentan factores de riesgo como es la pérdida de la sensibilidad y alteraciones circulatorias las cuales enlentecen el proceso de cicatrización de la herida, cabe recalcar que estos pacientes debido a la patológica que presentan tienden a presentar lesiones de longitud de mayor medición en relación a las lesiones de una persona que no padece ninguna enfermedad en particular, aunque el 78% de las personas atendidas en la Clínica de Heridas presentan tejido de granulación corren el riesgo de una mejora tardía en su salud.

Finalmente, se da a conocer que existe concordancia directamente ajustada en lo que respectan las variables de estudio junto con las estadísticas, objetivos planteados y datos obtenidos bajo la modalidad de encuestas.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema

1.1. Descripción del problema

El Proceso de Atención de enfermería o Abordaje de Enfermería, es la aplicación del método científico sistemático en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional y lógica, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter positivo el cual se centra en las respuestas humanas del individuo que participa en su propio cuidado además la enfermera puede realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación el cual permite la retroalimentación del proceso. (Fernández, 2018)

La valoración integral de las personas implica en examinar sus cinco esferas que son: biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, y no solo se debe enfocar en las heridas. Por ello la primera intervención que los profesionales de la salud deben realizar al ingreso de cualquier Institución de Salud es la detección del riesgo de úlceras por presión, el cual se lleva a cabo a través de una valoración del paciente y su entorno, cabe recalcar que todos los pacientes son propensos en desarrollar estas lesiones. (Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal, 2016)

Para hablar del tema en estudio, se define a la herida como toda disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales. De igual manera se define el concepto de herida crónica donde incluye específicamente a las úlceras por presión UPP y las úlceras de las extremidades inferiores (úlceras vasculares, pie diabético, isquémicas y neuropatías). (Álvarez, Arantón, Calvo, & Castro, 2011)

El concepto de Herida Crónica, es definido por diversos investigadores como las heridas que presentan nulo o escaso proceso a la cicatrización el cual requiere de un periodo de tiempo de cicatrización mucho mayor que el de las heridas leves o agudas, estas lesiones crónicas generalmente afectan a personas mayores y es un problema que afecta a su movilidad. Cabe mencionar que existen múltiples factores que dificultan el proceso de cicatrización de las heridas, como son: la alimentación inadecuada, las infecciones, la diabetes, estos factores retrasan la cicatrización. Por otro lado, se menciona que en la complejidad de la herida y por tanto en la evolución hasta la cicatrización total

de la herida, los factores a tener en cuenta son: factores del paciente, factores de la herida, habilidad y conocimiento y conocimiento del profesional, factores de los recursos y tratamiento. (Martín, 2015)

Según Andrade explica que, para conseguir un correcto abordaje sanitario de las heridas crónicas, es necesario registrar una valoración donde registre la antigüedad de la herida, sitio en el que se encuentra localizada la misma, de igual manera las dimensiones y el estado de la piel, siguiendo de la cantidad de exudado y si padece algún riesgo de infección o presencia de dolor. (Lorenzo Hernández, 2014)

Por ello, para las heridas crónicas no existe un periodo definido de cicatrización, ya que la relación entre la tasa de cicatrización y el tiempo transcurrido hasta la curación total de la lesión es incierta el cual varía según el tamaño y la situación de la herida como ya se mencionó con anterioridad. Es importante saber que estas heridas son un grave problema no solo individual sino también colectivo, debido a las diversas implicaciones tanto para el individuo afectado como para su familia y posteriormente cuidadores, al igual que al sistema de salud, debido a que aumenta el deterioro y la calidad de vida de los pacientes.

Es por esta razón que el profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; esta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud, que se define por la Organización Mundial de la Salud OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (De Arco Oneys, 2017).

La “Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas” ofrece una propuesta de actuación para los profesionales de Enfermería incidiendo en la reducción de la variabilidad de la práctica enfermera, en los distintos ámbitos de actuación, con el fin de lograr un abordaje más eficiente de estos problemas de salud. (Ávila Acamer, Bonias Lòpez, García Rambla, & García Rodríguez, Generalitat, 2008).

La Organización Mundial de la Salud OMS (2018), en su publicación de las enfermedades crónicas no transmisibles, menciona que suelen ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos y ambientales. Estas enfermedades matan a millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las

muerdes que se producen en el mundo. Cada año mueren 15 millones de personas entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Por otra parte, en el Ministerio de Salud Pública MSP (2019), las enfermedades no transmisibles son responsables de casi 4 de cada 5 muertes y se prevé que estas cifras aumenten en las próximas décadas. El total de consultas por todas las causas en la red de servicios del Ministerio de Salud de El Salvador el año 2017 es de 11,866,550 y de estas, 1,858,415 corresponden a las 5 Enfermedades Crónicas no Transmisibles, representando un 15.66%.

De igual manera, el 52.19% de la consulta por Enfermedades no Transmisibles (ENT) se concentró en las enfermedades cardiovasculares, seguidas de la diabetes con el 23.53%, la enfermedad respiratoria crónica con 17.48%, la insuficiencia renal crónica con 3.84% y el cáncer con el 2.96%.

Según un estudio realizado en España, indica que la incidencia de diabetes es de 11.58 casos por cada 1.000 personas al año. Es decir, cada día se producen 1.057 nuevos casos. El porcentaje actual de personas con diabetes (prevalencia) según este mismo estudio es del 13.8 por ciento. "Lo que es más importante es que un 6 por ciento de ellos no lo saben (diabetes no diagnosticada)" (Corral, 2018).

Además, a nivel de Ecuador las heridas crónicas más comunes son pie diabético y las úlceras de decúbito. El pie diabético ha tenido un incremento considerable en la última década posicionándose como la primera causa de muerte en el país por lo que se estima una prevalencia de amputaciones entre el 24% y 27% (Sociedad Ecuatoriana de pie diabético, 2017).

Y finalmente nos enfocamos a nivel local donde específicamente en la Unidad de Cuidados de Enfermería del Hospital Dr. "Liborio Panchana Sotomayor" proporciona cifras del año 2016 de aproximadamente 6830 procedimientos de curaciones realizados en Cirugía menor, entre ellos curaciones generales, con un total de 5869 y curaciones de pie diabético con un total de 961, teniendo en cuenta una población creciente en relación a las curaciones, ya que este hospital es referente a nivel de zona 5 del Ministerio de Salud Pública. (Unidad de Cuidados de Enfermería Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2016)

Debido a lo expuesto anteriormente es importante que el tratamiento y la prevención de las úlceras por presión y de las heridas crónicas convoque a los profesionales de Enfermería a que actúen mediante la práctica enfermera para así lograr reducir dichas lesiones y lograr un abordaje eficiente de los problemas de salud mencionados inicialmente.

La problemática del siguiente trabajo de investigación se debe a la gran cantidad de pacientes que presentan Diabetes Mellitus es por esta razón que los usuarios que son atendidos allí presentan lesiones en diversas regiones del cuerpo, aunque las que presentan con mayor frecuencia son las de pie diabético, las cuales no logran cicatrizar de manera rápida ya que la mayoría de ellos por dicha patología presentan factores de riesgo como son la pérdida de la sensibilidad y alteraciones circulatorias.

Otro de los problemas es que la mayoría de ellos no conocen acerca de las complicaciones que pueden presentar en un futuro, es por ello que es necesario e importante que se realice promoción acerca de tan mencionada enfermedad. Por lo general la mayoría de los pacientes que asisten a la Clínica de Heridas son adultos y adultos mayores, que se encuentran acompañados por un familiar, pero existe gran desinterés por una pronta recuperación de las heridas por parte del usuario ya que no asisten periódicamente a las curas. Cabe recalcar que estos pacientes son de escasos recursos y se encuentran económicamente inestables para lograr llegar a su lugar de destino.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la relación que existe entre el abordaje de Enfermería y el Proceso de Cicatrización de Heridas Crónicas en adultos en Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el abordaje de enfermería y el proceso de cicatrización de heridas crónicas.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar el tipo de heridas crónicas de acuerdo al proceso de cicatrización.
- Evaluar el proceso de cicatrización de heridas crónicas.
- Identificar los factores de riesgo en el proceso de cicatrización de la herida.
- Describir el abordaje de enfermería con el proceso de cicatrización

2.3 Viabilidad y Factibilidad

La siguiente investigación es viable ya que cuenta con todos los recursos humanos, económicos, materiales, bibliográficos, tecnológicos e instrumentos necesarios, validados nacional e internacionalmente para lograr la ejecución, además de contar con disponibilidad de tiempo y la correcta organización mediante el seguimiento de cronogramas elaborados por la autora de la investigación.

Es factible porque tiene la aprobación del departamento de Dirección de la Carrera de Enfermería, y el acceso a la Clínica de Heridas del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor mediante la previa aprobación del director.

3. Justificación

El siguiente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el abordaje de enfermería y el proceso de cicatrización de heridas crónicas ya que la recuperación óptima del paciente es primordial del personal de salud, para ello; implementan diversos medios terapéuticos que ayudarán a disminuir el riesgo de presentar complicaciones.

Debido a esto, se ejecutó mediante la observación directa en lo que respecta el proceso de cicatrización de heridas crónicas a los pacientes atendidos en la Clínica de Heridas mismo que es un anexo del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, esto se debe a que el proceso de curación de lesiones es netamente trabajo del profesional de enfermería, el cual se debe llevar a cabo con el fin de disminuir las úlceras en usuarios que padecen de patologías crónicas, mediante la aplicación de encuestas que consta de la escala de Norton modificada la cual mide el riesgo de presentar úlceras por presión y la Escala de Push que mide el proceso de cicatrización de las heridas.

En lo que respecta a nivel comunitario se debe ayudar a la población, específicamente a los cuidadores que asisten junto a los pacientes que se encuentran con patologías crónicas y lesiones para que logren conocer los factores de riesgo a los que se encuentran sometidos, y educarlos en cuanto a la cura de las lesiones de su familiar, la alimentación adecuada y prevenir infecciones mediante la correcta desinfección de la lesión, entre otros aspectos necesarios. Ya que se pudo observar, que los usuarios no asisten al hospital para la respectiva curación de sus heridas y desconocen parcialmente las complicaciones que conlleva a una curación inadecuada.

Este trabajo investigativo se justifica mediante un consentimiento informado el cual ayudó para poder obtener los datos necesarios de los paciente, de igual manera datos estadísticos que se obtuvieron durante los meses en que se realizaron las respectivas curaciones en la Clínica de Heridas, toda esta información será procesada bajo un programa informático que facilitará la elaboración de tablas y gráficos estadísticos para poder favorecer la interpretación y análisis de los hallazgos realizados en la investigación y dar a conocer que los objetivos planteados en este trabajo si lograron cumplirse.

CAPÍTULO II

4. Marco Teórico

4.1 Marco Referencial

Pancorbo Hidalgo en el artículo de la revista Scielo del año 2016 explica acerca de las curaciones de heridas, nos indica que las mismas son un problema de salud la cual se encuentra estrechamente vinculado en la práctica diaria de enfermería, donde por lo general este tipo de lesiones afectan gravemente la piel, produciendo así la pérdida favorable de la integridad cutánea o la continuidad de sus tejidos.

Es por esto que el cuidado a las personas que se encuentran con heridas ya sea agudo, crónicas o que presenten úlceras forman parte frecuente de la práctica profesional del personal de salud e incluso esta labor ha venido practicándose desde hace varias décadas atrás y es así como empieza a formarse la Enfermería. Entonces se menciona que las heridas en la sociedad han estado vigentes en la historia de la Humanidad y que el rol de cuidador hacia las personas que sufrían estas lesiones ha permitido que la Enfermería actúe de manera significativa. (Hidalgo, 2016)

De igual manera María Piedad Lorenzo Hernández menciona en su artículo de revista Scielo publicada en el año 2014 acerca de la gran demanda de pacientes que acuden diariamente a los centros de salud para realizarse las curaciones de sus heridas y en el caso de personas que presentan deterioro de la movilidad, el personal de salud acude a sus domicilios, cabe destacar que las heridas crónicas constituye uno de los problemas de salud que pueden disminuir notablemente la calidad de vida de una persona y de su cuidador. (Lorenzo Hernández, 2014)

Según las investigaciones realizadas, a nivel internacional se da a conocer que las curaciones avanzadas de heridas crónicas son netamente manipuladas por el personal de Enfermería, el cual brinda cuidados de manera directa, y que las lesiones que más afectan a las personas que padecen de enfermedades crónicas son las úlceras por presión y úlceras en las extremidades inferiores o pie diabético es importante destacar que este tipo de lesiones pueden ser prevenidas mediante el correcto tratamiento y recomendaciones adecuadas por el personal de salud.

Burgos en su libro, hace hincapié en que la comunidad merece una atención directa y diaria de todos aquellos profesionales de la salud y cuidadores, indica que se debe aplicar los protocolos correctos de cada Institución para así poder evitar la aparición de heridas crónicas y de ser el caso en que se presenten, contar con el tratamiento adecuado para lograr una pronta recuperación de la herida y conseguir la curación adecuada. (Barón Burgos , 2015)

Finalmente, en base a las indagaciones realizadas se puede constatar que las heridas crónicas no solo son un problema de carácter social sino también de salud, debido a que las personas que presentan este tipo de lesiones padecen de patologías crónicas como dato relevante la diabetes mellitus, esa patología afectan el proceso de curación de sus lesiones a causa de factores de riesgo, mala alimentación, edad avanzada, etcétera.

4.2 Marco Teórico

Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que se origina porque el páncreas no sintetiza la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, la elabora de una calidad inferior o no es capaz de utilizarla con eficacia. (Corral, 2018). En las personas con diabetes hay un exceso de glucosa en sangre (hiperglucemia), ya que no se distribuye de la forma adecuada. Noemí González (2018), secretaria de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y especialista en Endocrinología y Nutrición del Hospital La Paz, de Madrid, explica que la glucosa elevada puede ser perjudicial "para todo el organismo, pero principalmente para el corazón, el riñón y las arterias, por lo que las personas que tienen diabetes y no lo saben o no la tratan tienen más riesgo de problemas renales, infartos, pérdida de visión y amputaciones de miembros inferiores".

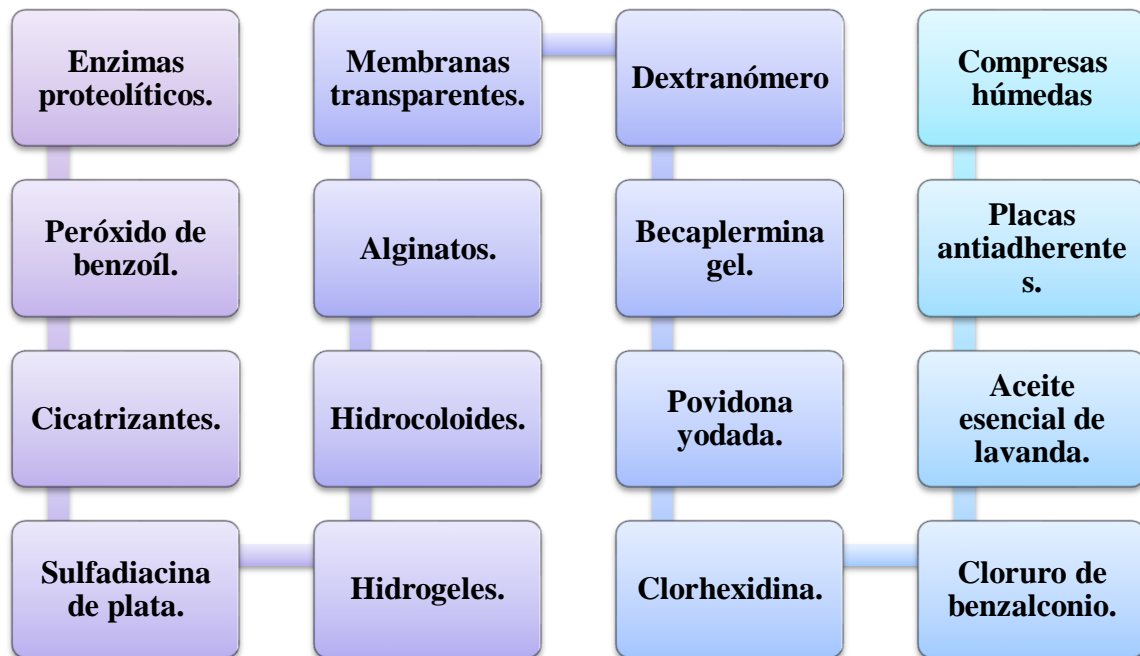
Pie Diabético

El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes de la Diabetes Mellitus. Es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos de las extremidades inferiores (pie) relacionado con alteraciones neurológicas y distintos grados de afección vascular. Es provocado por la enfermedad de las arterias periféricas que irrigan el pie, complicado a menudo por daño de los nervios periféricos e infección. Debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies esto causa un desencadenante grave como la gangrena. (Flores, 2013)

Por ello se dice que las partes más sensibles del paciente diabético son: el talón y las prominencias óseas, los daños periféricos producidos en os pies desencadenan trastornos sensoriales, úlceras en planta del pie y atrofia de la piel. Cabe recalcar que las lesiones del paciente diabético no presentan dolor, y es por esta causa que suele agravarse la lesión mucho antes de que el paciente busque ayuda profesional.

Tratamiento de las Úlceras del Pie Diabético

En las úlceras diabéticas, la cicatrización dependerá del grado de isquemia, tipo de infección, profundidad, extensión y grado de presión por carga en el área de la herida ulcerosa. Las opciones son las siguientes.



Tratamientos Quirúrgicos

- Revascularizaciones del pie.
- Lavados quirúrgicos.
- Amputaciones.

Definición de piel

El órgano más grande que tenemos los seres humanos es la piel, la misma sirve como protectora de los rayos solares, el calor y diversos factores que pueden ocasionar daños a nuestra salud (Packard, 2019). La piel es un sistema orgánico complejo ya que es esencial para todas las formas de vida mamífera. Puede ser vista como una envoltura de doble capa, amortiguada por la grasa subcutánea subyacente, la cual cubre toda la superficie del cuerpo, es altamente variable de una persona a otra, de una región anatómica a otra, con diferencias que son observadas en el color, la textura, el grosor, y el contenido de folículos pilosos y glándulas sebáceas, es considerado el órgano más grande en área superficial. (Baker, 2010)

Existe considerable variación en el grosor de la piel y el contenido de anexos y de fibras elásticas con respecto a la región anatómica, edad y sexo. Una apreciación de estas variaciones es clínicamente importante para la cicatrización y la estética de la herida. Los individuos con piel blanca, cabello claro y ojos azules pueden desarrollar cicatrices postoperatorias que permanecen rosadas por un largo periodo de tiempo.

Epidermis

La epidermis es la capa más externa de la piel, en ella el epitelio escamoso es continuamente renovado queratinizado y estratificado. Consiste en cuatro tipos distintos de células: queratinocitos, melanocitos, células de Langerhans y células de Merkel. Su grosor es generalmente de 0.075 a 0.15mm. La epidermis es delgada en el nacimiento, se vuelve más gruesa durante la pubertad y la edad adulta temprana, y disminuye su grosor entre la quinta y sexta década de la vida. (Baker, 2010)

Queratinocitos: constituye el 80% de las células epidérmicas se dividen en cuatro capas claramente definidas que se identifican en la epidermis:

- **Capa Basal:** es la capa más profunda de la epidermis
- **Capa Espinosa:** son varias células densas y está compuesta por células poligonales con citoplasmas Eosinófilos abundante. Las células espinosas emigran superficialmente y se diferencian dentro de las células granulares, ellas se vuelven más planas y más grandes.

- **Capa Granular:** se compone de células con gránulos queratohialinas. La maduración ocurre en el estrato corneo exterior que es altamente variable en el grosor.
- **Capa Cornea:** en esta capa los queratinocitos pierden sus núcleos y se aplanan para formar las placas de queratina, la cual conforma los desprendimientos de la “piel muerta”. Es más grueso en las palmas de las manos y en las plantas de los pies y es más delgado en los párpados y en los genitales.

El tiempo de recambio epidérmico total desde la capa basal hasta el estrato corneo es aproximadamente de 30 días.

- **Melanocitos:** son células dendríticas que sintetizan pigmentos. La función de los melanocitos es producir el pigmento de la melanina que es un protector. Esta se almacena en forma de melanosomas, que se transportan a través de proyecciones dendríticas.
- **Células de Langerhans:** son células presentadoras y procesadoras de antígenos derivados de la médula ósea que se encuentra principalmente en las capas epidérmicas suprabasales. Sin embargo, no solo se encuentra en el epitelio escamoso sino también en la dermis normal. El número de células de Langerhans disminuye posterior a la radiación ultravioleta y con la edad.
- **Células de Merkel:** principalmente tiene que ver con la sensación del tacto, se encuentran predominantemente entre los queratinocitos basales en áreas de alta sensibilidad táctil, tales como los labios, cavidad oral folículos pilosos

Dermis

La dermis es un sistema integrado de tejido conectivo entre la epidermis y la grasa subcutánea que hace el volumen de la piel. En ella se acomodan redes vasculares y nerviosas. La dermis le confiere a la piel su flexibilidad, elasticidad y resistencia tensional. Se divide en una dermis papilar superficial relativamente delgada, y en una dermis reticular más profunda, más gruesa. (Baker, 2010)

La epidermis es la capa más delgada de la piel y consta de tres tipos de células:

- **Células Escamosas:** es aquella capa externa de la piel que se descama con facilidad.

- **Células basales:** estas células se encuentran debajo de las células escamosas.
- **Melanocitos:** son aquellos que se encuentran por toda la epidermis, forman la melanina que es la que produce el color en la piel.

La dermis es la capa intermedia, es decir, se encuentra entre la epidermis y la capa de grasa subcutánea, es la que le brinda flexibilidad y fuerza a la capa y se mantiene unida gracias al colágeno. Contiene lo siguiente:

- Vasos sanguíneos
- Vasos linfáticos
- Folículos capilares
- Glándulas sudoríparas
- Estructuras de colágeno
- Fibroblastos
- Nervios

Definición de heridas

Las heridas son aquellas que causan daño en el cuerpo, es decir, a algún tipo de accidente ya sea por caída, golpe, quemaduras, y un sin número de eventos en los que pueden estar expuesta las personas. Estas lesiones pueden ser menores o severas y pueden llegar a poner en riesgo la vida del individuo. (Plus, 2018). En esta situación, las heridas crónicas se han convertido en un problema sanitario de primer orden, ya que pueden ser, según el caso, causa (amputación de pie diabético) o consecuencia (úlceras por presión-UPP-) de esa discapacidad o dependencia. Son, por tanto, un problema de salud importante que interesa poner de manifiesto, puesto que numerosos estudios y expertos aseguran que en la mayoría de los casos podrían evitarse con unos cuidados adecuados.

Valoración de la herida

En el manejo de la herida es fundamental realizar, previo a la curación una valoración, que permitirá planificar los cuidados de acuerdo a las características y optimizar su adecuada evolución. (Roemmers, 2012)

Antecedentes patológicos

- **Hipertensión arterial.** -En estos casos el proceso de reparación cutánea se ve afectado porque no hay suficiente oxigenación ni aporte de nutrientes para la piel.
- **Diabetes.** - En la diabetes mellitus no controlada puede considerarse una complicación de la cicatrización de la herida, en este caso hay una adecuada eliminación de los metabolitos tóxicos.
- **Tabaquismo.** - Retarda los procesos para la cicatrización, ya que la calidad de la piel es un reflejo del buen o mal estado del organismo.
- **Alcohol.** - Dificulta la reparación de la piel, hacen este proceso más lento.

Alteraciones nutricionales

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

Clasificación de las heridas

Las heridas se pueden clasificar según diferentes criterios;

- **Heridas abiertas:** En este tipo de heridas se observa la separación de los tejidos blandos. Son las más susceptibles a la contaminación.
- **Heridas cerradas:** Son aquellas en las que no se observa la separación de los tejidos, generalmente son producidas por golpes; la hemorragia se acumula debajo de la piel (hematoma), en cavidades o en viseras.
- **Heridas simples:** Son heridas que afectan la piel, sin ocasionar daño en órganos importantes. Ejemplo: Arañazo o cortaduras superficiales.
- **Heridas complicadas:** Son heridas extensas y profundas con hemorragia abundante; generalmente hay lesiones en músculos, tendones, nervios, vasos sanguíneos, órganos internos y puede o no presentarse perforación visceral.

Clasificación según el elemento que las produce

Heridas Cortantes:	Son todas aquellas lesiones producidas por elementos filosos, que producen bordes netos, poco traumatizados.
Heridas Contusas:	Son aquellas que se producen por golpes de alta energía con objetos que presenten bordes irregulares, muchas veces traumatizados, desvitalizados y en múltiples direcciones.
Heridas punzantes:	Producidas generalmente por elementos agudos que penetran fácilmente, dejan heridas pequeñas y muchas veces el elemento filoso permanece dentro de la herida, el grado de contaminación dependerá del objeto que produjo la herida.
Quemaduras y heridas erosivas:	Este tipo de herida es producido por elementos abrasivos, fuego, químicos y calor. Generalmente son consideradas sucias y con abundante tejido desvitalizado.
Raspaduras, excoriaciones o abrasiones:	Se encuentra ocasionada por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras. En este tipo de lesión hay pérdida de la capa más superficial de la piel (epidermis).

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Tipos de Heridas

- **Herida limpia:** constituye cerca del 75% de todas las heridas, esto incluye las producidas intencionalmente (como las quirúrgicas), se producen con técnica aséptica, habitualmente pueden ser tratadas aproximando primariamente los bordes, sin necesidad del uso de drenajes en forma primaria y su posibilidad de infección es cercana al 1%.
- **Herida Limpia-Contaminada:** Son incisiones quirúrgicas donde hay entrada en un órgano o cavidad del cuerpo colonizado por microorganismos, bajo condiciones de asepsia se incluyen heridas o fracturas abiertas de menos de 4 horas sin recibir antibióticos. La probabilidad de infección de este tipo de heridas esta alrededor de un 8%, siendo éstas las que más se benefician con el tratamiento antibiótico profiláctico.

- **Herida Contaminada:** Son todas aquellas de origen traumático, por ejemplo, accidentes automovilísticos, heridas de bala. Invariablemente estas heridas estarán infectadas en un plazo de 6 horas, si se las deja sin tratamiento.
- **Herida Sucia:** Las heridas que se catalogan como sucias son aquellas que evidentemente están infectadas, contienen abundantes desechos, restos inorgánicos, tienen pus, tienen tejido desvitalizado o toman contacto con material altamente contaminado (como las deposiciones).
- **Herida Colonizada:** son aquellas heridas que presentan microorganismos capaces de proliferar en la piel o en una cavidad, pero que no tiene la capacidad de inducir respuesta inflamatoria, inmunológica o producir daño ni invadir el tejido.
- **Herida con colonización crítica:** estas heridas tienden a multiplicar los microorganismos sin invasión, pero si interfieren en la curación. La colonización crítica es el puente entre la colonización y la infección.
- **Herida Infectada:** son las heridas en donde el tiempo ha transcurrido lo suficiente como para que los microorganismos se empiecen a desarrollar. Esta lesión se caracterizada por presentar inflamación, dolor, exudado purulento, y síntomas sistémicos.

Aspecto de la herida

- **Tejido Eritematoso o epitelial:** Aspecto rosado, brillante, frágil en sus inicios, indica que se encuentra en la fase de remodelación.
- **Tejido pálido:** Presencia de fibrina, proteína insoluble que deriva de fibrinógeno por la acción de la trombina y es de color amarillo pálido. La palidez del tejido puede ser también por hipoxia o por isquemia.
- **Tejido enrojecido:** Presencia de tejido de granulación vascularizadas y frágil que indica que se encuentra en la fase proliferativa.
- **Tejido necrótico:** Presencia de tejido seco, duro y de color negro, aunque el tejido conectivo muerto puede tener color gris y ser blando.

Clasificación de acuerdo a las características de la lesión:

- **Tipo 1:** existen cambios es lo que respecta a la coloración de la piel, temperatura puede haber edema aumento de la sensibilidad, pero no existe continuidad de la piel.
- **Tipo 2:** presenta pérdida de la epidermis, dermis o ambas. Se visualiza un pequeño orificio cubierto de tejido de granulación.
- **Tipo 3:** cuenta con pérdida de las capas de la piel y daño en el tejido subcutáneo el cual puede llegar hasta el músculo tiende a producir escasa secreción en caso de presentar infección.
- **Tipo 4:** Hay pérdida de las capas de la piel. Con presencia de necrosis y gran destrucción en los tejidos de igual manera puede llegar a comprometer el tejido muscular, óseo o diferentes tipos de estructuras como los tendones.

Técnicas de curación: Esta técnica favorece la formación de tejido en proceso de cicatrización en cualquier tipo de herida hasta conseguir la completa recuperación del tejido lacerado. (Pèrez, 2003)

Curación por primera intención

- Se desarrolla bajo las siguientes condiciones:
- Bordes de la herida lisos, estrechamente alineados.
- Herida limpia sin cuerpos extraños, tejido esfacelado o necrótico ni signos de infección.
- El tejido de granulación crece rápidamente
- La cicatriz formada es estética, delgada y difícilmente visible.

Curación por segunda intención

Los grandes defectos en el tejido no pueden curarse por primera intención, cerrándose espontáneamente sin un cierre mecánico. Este tipo de curación deja una extensa cicatriz estéticamente insatisfactoria, con frecuencia causa un deterioro de la función de las articulaciones. En estas heridas no se hace intento de lograr curación por primera intención por medio del cierre de la herida. Siempre se dejan abiertas, especialmente porque presentan un alto grado de contaminación.

- Herida abierta con bordes lacerados.
- Heridas con grandes defectos que no pueden cubrirse con injertos de piel.
- Perturbaciones tróficas extremas.
- Heridas muy exudativas.
- Cuerpos extraños difíciles de remover de la herida.
- Heridas infectadas que se han sometido a un cierre por primera intención.
- Mejor resultado funcional estético.

Cicatrización: Es la reparación de una lesión con tejido conectivo cuando falla la capacidad del tejido lesionado para repararse completamente por sí mismo. (Prieto, 2011) Las más habituales son:

- **Por primera intención o cicatrización primaria:** Mientras que en la cicatrización primaria los bordes de la herida permanecen unidos durante todo el proceso de curación mediante suturas, bandas de aproximación o grapas quirúrgicas
- **Por segunda intención o secundaria:** no entran en contacto, lo que obliga a producir más tejido conectivo y provoca una cicatriz de mayores dimensiones.
- **Por tercera intención o diferido:** esta fase de cicatrización se muestra en casos de heridas con cuerpos extraños o contaminados y es una combinación de las dos anteriores: primero se deja unos días abierta, dejando que se inicie la granulación y, posteriormente, se cierra quirúrgicamente.

Independientemente del tipo de herida del que se trate y de la extensión que abarque la pérdida de tejido, el proceso de curación es esencialmente el mismo y discurre en fases que se solapan en el tiempo y no pueden ser dissociadas unas de otras.

Fases del Proceso de Cicatrización

El proceso de cicatrización comienza en el momento en que se produce la herida, como principal objetivo se debe detener la hemorragia y con el objetivo inicial de detener la hemorragia y lograr el taponamiento, luego debemos realizar la asepsia de la lesión seguido de la preparación del lecho para su pronta reparación, dando como resultado final la cicatriz resultante. (Prieto, 2011) Según esto, se pueden diferenciar cuatro fases en el proceso de cicatrización:

Tabla 1: Fases del Proceso de Cicatrización

Fases del Proceso de Cicatrización	Duración de Cicatrización	Manifestaciones Clínicas
1. Hemostasia:	Es la primera reacción del organismo ante la herida. Este proceso dura aproximadamente 10 minutos	Blanqueamiento de la piel circundante, formación de un coagulo, cese del sangrado.
2. Fase inflamatoria:	Esta fase dura tres o cuatro días y su objetivo es eliminar el tejido no viable y las bacterias del lecho de la herida, como paso previo a la reparación	<ul style="list-style-type: none"> • Calor • Eritema • Edema.
3. Fase proliferativa:	Ocurre a los 4 días aproximadamente y dura aproximadamente tres o cuatro semanas.	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de tejido de granulación • Restablecimiento de la epidermis
4. Fase de remodelado:	Puede durar meses e incluso años.	<ul style="list-style-type: none"> • Remodelación y alineación de las fibras de colágeno

Fuente: (Federal, Dirección de Enfermería de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, 2016) Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Heridas Crónicas

El Dr. Flores menciona que una herida crónica es un tipo de lesión donde no hay una continuidad en la piel y podría también haber daño a los tejidos en sus alrededores. Las heridas crónicas son heridas que no sanan completamente. (Flores, 2013)

Condiciones que retrasan o detienen la curación de una herida crónica

- **Suministro insuficiente de sangre u oxígeno:** El flujo sanguíneo puede disminuir por una baja en la presión arterial, o vasos sanguíneos estrechos o bloqueados. Esto ocurre con más frecuencia si usted fuma o padece de enfermedad

vascular o cardíaca. Enfermedades de la sangre, corazón, riñón, y pulmones pueden también disminuir el suministro de oxígeno a los tejidos.

- **Infecciones:** La infección sucede cuando un gran número de bacterias (gérmenes) entran en la herida. Objetos en la herida, como vidrio o metal, podrían traer bacterias a la herida. El tejido muerto en la herida podría darles a las bacterias un lugar donde crecer. Enfermedades, como la diabetes, pueden aumentar su riesgo de crecimiento de bacterias en la herida.
- **Sistema inmunológico débil:** Su sistema inmunológico combate infecciones. Los tratamientos de radiación, la mala nutrición, y algunos medicamentos, como los esteroides, debilitan el sistema inmune. Las enfermedades pueden debilitar su sistema inmunológico haciendo que el mismo tenga dificultad al combatir enfermedades. Algunos ejemplos comunes son el cáncer y la diabetes.
- **Inflamación de tejidos:** Puede haber inflamación con lesiones traumáticas. También puede suceder con condiciones que causan una disminución en el flujo sanguíneo al área, como insuficiencia cardíaca o problemas vasculares. La inflamación aumenta la presión que disminuye el flujo de sangre al área afectada.

Signos y síntomas de una herida crónica

- La herida drena líquido café o lechoso, amarillento, verdoso que huele mal.
- La herida sangra, duele y se inflama.
- Usted tiene dificultad para mover el área de la herida.
- La herida se hizo grande o profunda.
- La piel alrededor de la herida está oscura o negra y se siente caliente al tacto.

Tipos de Desbridamiento

Tabla 2: Tipos de Desbridamiento

Tipo	Definición
Quirúrgico	Es el método más eficaz para retirar los restos, el tejido necrótico y parte del tejido sano provocando un ligero sangrado,
Enzimático	En este tipo de desbridamiento se puede realizar incisiones en la lesión o en este caso en la escara sin causar sangrado, se utilizará colagenasa esta posee

la propiedad de descomponer el colágeno no viable sin la opción de alterar la formación del nuevo tejido de granulación.

Autolítico Este tipo de desbridamiento ocurre en la mayoría de las heridas, es un método que se aplica cuando no pueden ser utilizadas las otras fórmulas, es el método más selectivo y menos doloroso.

Mecánico Es una técnica que no se utiliza muy a menudo ya que corre riesgo de afectación de lecho ulceral, para este tipo de desbridamiento se utilizaran diversos métodos, tales como apósitos de húmedos a secos o hidromasaje. (no se recomienda hoy en día)

Fuente: (ESSITY, 2019)Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Tabla 3: Tipos de Exudado

Tipos de exudado	
Seroso	Líquido claro o de color amarillo pajizo, el drenaje seroso interviene en el proceso de curación y contiene proteínas, electrolitos, glucosa, y ciertos microorganismos este líquido seroso ocurre como un proceso normal de la cicatrización.
Serosanguinolento	Tiende a presentar un color rosado debido a que un pequeño grupo de eritrocitos se juntan con el drenaje seroso. Aparece normalmente en la curación de la lesión.
Sanguíneo	Es de color rojo que proviene de un traumatismo hacia un vaso sanguíneo, se presenta con poca frecuencia en una herida.
Purulento	Posee un color amarillo gris o verde esto se presenta cuando existe infección en la herida, es decir, presenta microorganismos patógenos, se producirá un aumento en el exudado debido a la contaminación de la zona lesionada.

Fuente: (ESSITY, 2019)Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Clasificación de los Apósitos

Tabla 4: Clasificación de los Apósitos

Apósitos Pasivos

Clasificación	Composición	Indicaciones	Tiempo máximo
Gasa Tejida	Algodón	<ul style="list-style-type: none"> • Desbridar • Rellenar 	Hasta 24 horas
Gasa no tejida	<ul style="list-style-type: none"> • Poliéster • Rayón 	<ul style="list-style-type: none"> • Exudado escaso a moderado 	Hasta 24 horas
Espuma	Poliuretano	<ul style="list-style-type: none"> • Taponar/exudado • Moderado/abundante 	Acorde a la saturación del mismo

Fuente: (ESSITY, 2019) Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Apósitos Bio-activos

Tabla 5: Apósitos Bio-Activos

	Definición
	Proporciona absorción del exudado de escaso a moderado manteniendo temperatura y humedad fisiológica en la superficie de las heridas, los hidrocoloides proporcionan una barrera bacteriana y va a retener la humedad en la herida.
Hidrocoloides	<p>Carboximetilcelulosa Posee alto peso molecular que al estar en contacto con agua o exudado va a generar automáticamente un PH ácido a la solución, tiene alta capacidad absorbente y forma gel viscoso.</p> <p>Gelatina Es una proteína animal que facilita la unión</p> <p>Pectina Posee un alto peso molecular es de origen natural y presenta propiedades absorbentes</p>

Hidrogeles **Definición**
 Es un apósito constituido por un gel no adherente en forma de lámina. Poseen un alto contenido de agua las cuales van a mantener humectados el ambiente fisiológico sobre el lecho de la herida.

Alginatos **Definición**
 Está formado por un polisacárido natural derivado de la sal de calcio del ácido alginico (proveniente de las algas marinas) además poseen iones de sodio y calcio. Cuando este entra en contacto con el exudado de la herida libera iones de calcio y absorbe iones de sodio, esto formará un gel que mantendrá húmeda la herida.

Fuente: (ESSITY, 2019) Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Tabla 6: Apósitos Mixtos

Apósitos Mixtos		
<p>Antimicrobianos</p> <p>Desodorantes: Están compuestos de carbón activado cubierto por una funda de nylon porosa y por plata en su interior</p> <p>Apósitos absorbentes: Su composición es mixta y no se recomienda usarla en heridas infectadas o con exudado abundante</p>	<p>Indicaciones de uso</p> <p>Indicaciones de uso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Heridas o úlceras, pie diabético grado I al V, quemaduras de 2do grado. • Controlar el olor de la herida • Heridas y úlceras estadio 1,2 y 3, pie diabético grado I y II sin infección, con exudado escaso a moderado • Incisiones quirúrgicas • Quemaduras grado 2 sin infección • Zonas donantes de injerto

Fuente: (ESSITY, 2019)Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Proceso de Atención de Enfermería

El concepto de proceso enfermero ha ido cambiando a lo largo de la historia, tanto en contenido como en denominación. Se conoce como: “Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”, “Proceso de resolución de problemas enfermeros”, “Proceso Enfermero” o “Metodología Enfermera”. (Enfermería y Bienestar, 2018)

Valoración

- Obtención de datos
- Validación de datos
- Organización de la información

Diagnóstico

- Análisis de datos
- Identificación de problemas
- Formulación de problemas

Planificación

- Priorización de problemas
- Establecimiento de objetivos
- Selección de acciones

Ejecución

- Favorecer la relación de ayuda
- Planificación de acciones

Evaluación

- Valoración del paciente
- Comparación de datos actuales con los objetivos
- Modificación del plan (si se precisa)

Proceso de Atención de Enfermería a pacientes con heridas crónicas y úlceras por presión

Con el fin de asegurar la atención integral de estos pacientes, de sus cuidadores y de sus familias es necesario el uso de un procedimiento que garantice esta atención holística. Por ello, es necesario incluir el Proceso de Atención de Enfermería como procedimiento que avale la atención integral de paciente, cuidador y familia. (Morales, 2008).

La valoración de enfermería se realiza durante el tiempo de estancia del paciente en la unidad hasta el alta respectiva. Toda persona que se encuentra con riesgo de padecer algún tipo de heridas ya sea aguda o crónica se debe realizar la valoración completa es decir no solo debemos enfocarnos en la lesión sino en todo su sistema, una historia clínica completa proporciona al personal de salud un enfoque general del estado del paciente. En dicho documento deben estar incluidos los datos de la persona desde los datos personales, hasta el examen físico y el estado actual de salud, teniendo en cuenta las posibles enfermedades que este pueda padecer y de igual manera conocer si presenta algún tratamiento farmacológico.

Abordaje de Heridas Crónicas

Según María Piedad Lorenzo Andrade en el artículo de la revista Scielo publicada en el año 2014 indica que, para obtener un correcto abordaje sanitario de las heridas crónicas, y pronta mejora de la cicatrización, es necesario realizar una valoración donde se debe registrar la antigüedad de la lesión, localización, estadio en la que se encuentra, dimensiones, tunelización, estado de la piel perilesional, cantidad y tipo de exudado, signos de infección, presencia de dolor, olor. Una vez aplicada la valoración, se debe planificar el tipo de cura a realizar indicando el tipo de desbridamiento realizado, cuidados locales y periodicidad de las curas. (Lorenzo Hernández, 2014)

Cabe recalcar que lo mencionado anteriormente es realmente importante al igual que la valoración y planificación de la cura, puesto que se registra el correcto tratamiento que se está realizando por el personal de enfermería para poder lograr una continuidad de los cuidados del paciente en caso de ser tratados por más de un enfermero y así no poder obstruir en la cicatrización de la herida debido que en diversas ocasiones, cada enfermero puede utilizar diferentes tipos de curaciones.

Intervenciones de Enfermería

Tabla 7: Preparación del lecho de la Herida

Preparación del lecho de la herida	
Control del Tejido no viable	El tejido necrótico es habitual en las heridas crónicas que no evolucionan pero que al eliminarlas producen un efecto beneficioso ya que se suprime el tejido no vascularizado, bacterias y células las cuales impiden el proceso de cicatrización.
Control de la inflamación y la infección	Las heridas crónicas presentan muy a menudo un alto nivel de colonización de bacterias, esto se debe a que las heridas permanecen abiertas durante tiempos prolongados, aunque también intervienen diversos factores como por ejemplo la hipoxia, o poco flujo sanguíneo.
Control del exudado	Existe una amplia variedad de apósitos que conservan la humedad y que estimulan el proceso de cicatrización manteniéndola en un ambiente húmedo.
Estimulación para el avance del abordaje	La cicatrización eficaz de una lesión consta de un epitelio intacto y la funcionalidad de la piel, sin embargo, la epitelización puede verse comprometida debido a fallos en la herida.

Fuente: (Federal, 2016) Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

4.3 Marco Legal

La presente investigación se encuentra bajo los siguientes sustentos legales los cuales amparan al adulto y posteriormente su salud:

Constitución de la República del Ecuador del año 2008

Capítulo segundo, Derechos del Buen Vivir Sección Séptima, Salud:

Art. 32.- 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.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Código Orgánico de Salud 2016

Capítulo II, Garantía y Principios Generales, Sección I, Derecho a la Salud

Artículo 4.- Derecho a la Salud. - El derecho a la salud consiste en el acceso universal, permanente, oportuno y continuo a la atención de salud de manera integral e integrada, de acuerdo a la política establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional, para la promoción de la Salud, la prevención de la Enfermedad, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo.

4.4 Fundamentación de enfermería

Modelo de Lydia Hall: Esencia, Cuidado y Curación

La siguiente investigación se encuentra basada en los cuidados de enfermería en pacientes que presentan heridas crónicas como son las úlceras por presión y pie diabético, el cual tienen como teoría primordial, el modelo de esencia, cuidado y curación tomado de Lydia Hall. La misma que establece tres círculos independientes las cuales son: cuidado – persona – enfermedad, como se explica anteriormente el profesional de enfermería no solo brinda bienestar físico sino también emocional las mismas que ayudaran a una pronta recuperación de su salud.

Lydia Hall, refiere que el círculo del cuidado representa el cuerpo paciente, el círculo representa la curación que afecta al mismo sistema físico y el círculo es la esencia, el cual representa los sentimientos internos y el control de la persona. (Alligod & Tomey, 2011)

La elección de este modelo ayuda en la relación enfermero-paciente donde se entabla una comunicación favorable la misma que permite valorar las necesidades del usuario y poder enfatizar el cuidado directo aplicando el proceso de atención de enfermería.

Teoría del Déficit del Autocuidado – Dorothea Orem

Otra de las teorías que se tomó en cuenta fue la del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem, ya que este va dirigido al individuo para lograr satisfacer sus necesidades de autocuidado, debido a que este no logra realizar actividades que cotidianamente realizaba.

Orem define al Autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores que pueden comprometer su vida, tanto que es una conducta que deberá realizar la persona por sí misma. (Prado Solar, González Reguera, Paz Gómez, & Romero Borges, 2014)

5. Formulación de Hipótesis

Existe relación entre el abordaje de enfermería y el proceso de cicatrización de heridas crónicas.

5.1 Identificación y Clasificación de las Variables

Variable Dependiente: Proceso de cicatrización de heridas.

Variable Independiente: Abordaje de Enfermería.

5.2 Operacionalización de Variables

Tabla 8: Operacionalización de las Variables

Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas
Existe relación entre el abordaje de Enfermería y el proceso de cicatrización de heridas crónicas	Variable dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Norton 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado Físico • Actividad • Movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno, regular, malo, muy malo • Camina, camina con ayuda, sentado, encamado • Total, disminuida, muy limitada, inmóvil
	Variable independiente	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Push 	<ul style="list-style-type: none"> • Longitud x Anchura • Tipo de tejido 	<ul style="list-style-type: none"> • 4,18 cm y 8, 1 – 12 cm • Tejido de granulación esfacelos
	Variable independiente	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Atención de Enfermería • Factores de riesgo • Encuesta a personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración • Diagnóstico • Intervención • Ejecución • Evaluación • Pérdida de la sensibilidad y alteraciones circulatorias 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Entrevista • Encuesta • Hoja de valoración de riesgos • Si, no

-
- ¿Realiza Ud. el lavado de manos antes y después de la cura?
 - ¿Cuántas veces a la semana realiza la cura a los usuarios?
 - ¿Qué materiales utiliza con más frecuencia para la curación de las heridas?
- 1 vez a la semana, 2 veces a la semana, 3 veces a la semana
 - Parche de plata, gel hidrocoloide, parche hidrocoloide, gasa vaselinada
-

Elaborado por Almagro Malavé Andrea Cristina

CAPÍTULO III

6 Diseño Metodológico

6.1 Tipo de Investigación

Es de tipo descriptivo debido a que permite mostrar la frecuencia de los resultados que se obtuvieron por medio de los instrumentos de recolección de datos, y aplicación de encuestas en cuanto a la cicatrización de heridas y riesgo de úlceras por presión. (Hernández Sampiere, 2014)

Es también de tipo correlacional ya que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, en esta investigación se la aplica mediante la relación entre dos o más variables para así poder evaluar el grado de asociación entre las mismas. (Hernández Sampiere, 2014)

6.2 Métodos de Investigación

Se manejó el método Investigativo mixto, ya que las ideas que constituyen el primer acercamiento a la realidad objetiva (perspectiva cuantitativa) a la realidad subjetiva (aproximación cualitativa) (Hernández Sampiere, 2014). Este método maneja una gran cantidad de fuentes que logran generar ideas de investigación mediante libros, artículos de revista, información de páginas web, etcétera, esto correspondiente al enfoque cualitativo y en cuanto al enfoque cuantitativo se destaca el desarrollo de programas computacionales como la aplicación de datos estadísticos y para ambos enfoques se utilizará el internet.

6.3 Población y Muestra

Para realizar esta investigación se tomó en cuenta el número de pacientes atendidos en la clínica de heridas durante el mes de mayo hasta el mes de septiembre, dando como resultado que el universo consta de 1700 curaciones durante el lapso de 5 meses, mientras que la muestra es de 50 pacientes que han sido curados diariamente.

6.4 Tipo de Muestreo

Para la obtención de la muestra fue necesario el método probalístico por conveniencia, ya que es una técnica comúnmente usada. Consiste en seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible. Es decir, los individuos empleados en la

investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico. (Dieterich, 2011)

Criterios de Inclusión

- Pacientes entre la edad comprendida de 40- 80 años.
- Pacientes con heridas crónicas como: pie diabético/ulceras de presión/ulceras vasculares.
- Heridas crónicas con más de 4 semanas de evolución.
- Pacientes que se realizan curaciones tres veces por semana.

6.5 Técnicas de Recolección de Datos

Para llevar a cabo este trabajo de investigación fue necesario utilizar un consentimiento informado y para preservar la confiabilidad de esta investigación fue obligatorio elaborar un instrumento de estudio el cual consta de dos escalas que son fácilmente medibles las cuales se encuentran detallado más adelante, el uso de una cámara fotográfica para la evidencia del trabajo en ejecución, para la elaboración de la tabulación y procesamiento de datos se tuvo que emplear la herramienta informática Excel la cual permite elaborar tablas estadísticas y gráficos referentes al análisis que se obtuvo en la aplicación de las encuestas.

6.6 Instrumentos de Recolección de Datos

La recolección y análisis de información se efectuó mediante la utilización del método: matemático – estadístico. Esta investigación en estudio requiere de técnicas y herramientas que serán necesarias para la obtención de datos, de tal forma que permitió el análisis de los resultados, para ello se aplicó las siguientes herramientas.

Observación Directa: con esta técnica se logró visualizar el problema de la investigación que se encuentra en estudio para así poder detectar las causas o problema que se encuentra asociado al tema en curso.

Encuestas: mediante esta técnica se pretende recoger los datos exactos, los cuales serán recogidos directamente de las personas que fueron partícipes de este proyecto de investigación. Los mismos que son de ayuda para obtener datos importantes en la

formulación de la Hipótesis desarrollada mediante el planteamiento del problema de la investigación en curso.

Instrumento Escala de Push: permite medir, evaluar y documentar el estado de cicatrización de una herida mediante diversos parámetros. A cada parámetro se le dará un puntaje dependiendo de los valores obtenidos, en caso del tamaño la puntuación será de 0 a 10 en la cantidad de exudado de 0 a 3 y en el tipo de tejido de 0 a 4 puntos. Sumando los resultados se obtendrán una puntuación total, esta va a estar comprendida entre 0 y 17 siendo el 0 el valor mínimo que indica la cicatrización total de la herida y 17 el valor máximo indicando el grado de evolución de la herida. (Equisabel, 2014)

Instrumento Escala de Norton: la cual sirve para medir e identificar a los usuarios que presentan mayor riesgo de padecer úlceras por presión durante su estancia ya sea en el hospital o inclusive si estos pacientes se encuentran en sus respectivos hogares. Cada uno de estos parámetros será evaluado del 1 al 4 (el peor estado 1 y el mejor 4), de tal manera que si la puntuación final es igual o inferior a 8 el riesgo de que el paciente sufra una úlcera por presión es alto, si se sitúa entre 8 y 12 es moderado, y si es igual o superior a 12 es bajo. (Sanitas, 2019)

6.7 Aspectos Éticos

Para llevar a cabo este trabajo de investigación fue necesario solicitar el respectivo permiso a las autoridades de la Institución y del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, una vez aprobada la autorización para poder aplicar las encuestas se pondrá en práctica la aplicación de las mismas y la observación directa, mediante los objetivos planteados al inicio de esta investigación.

CAPÍTULO IV

7 Presentación de Resultados

7.1 Análisis e Interpretación de Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos mediante el proceso de recolección de datos luego de aplicado el instrumento de estudio, en donde se han considerado los gráficos estadísticos con mayor relevancia los cuales permitieron el alcance de los objetivos anteriormente establecidos en la investigación en curso.

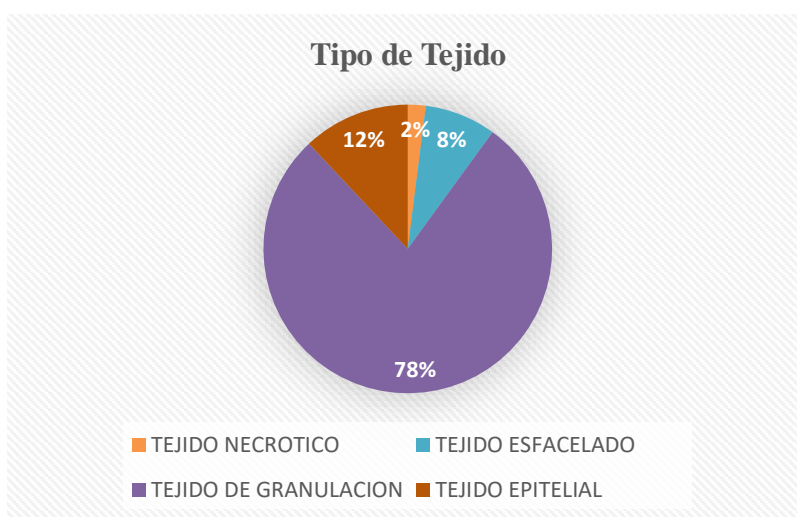


Gráfico 1: Tipo de Tejido. Fuente: Escala de Push aplicada a usuarios de Clínica de Heridas de Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Para cumplir con los objetivos específicos en este caso el objetivo número 1, fue necesaria la utilización del siguiente gráfico, el cual fue extraído de la escala de Push misma que posteriormente fue aplicada a los usuarios que son atendidos en

dicha institución de salud. En relación al tipo de tejido se evidencia cuatro clases de tejido constantes en las heridas tratadas en la unidad de investigación. Cada herida no solo presentaba una sola tipología de tejidos, sino que las heridas eran en un porcentaje parejo es decir mixtas, siendo estas que contenían tejido granulación/esfacelado, para el presente estudio se colocó el tejido predominante en la herida.

Por lo cual 39 pacientes presentaron heridas con tejido de granulación teniendo un porcentaje del 78% de la muestra obtenida. Las heridas con tejido esfacelado presentaron 4 pacientes siendo el 8% de la muestra. Heridas con tejido necrótico neto fue 2% y tejido epitelial en 12%. Lo que determinó que el mayor porcentaje de heridas tenían tejido de granulación al final de la investigación ya que se realizó un cuidado interdisciplinario en la curación avanzada de heridas.

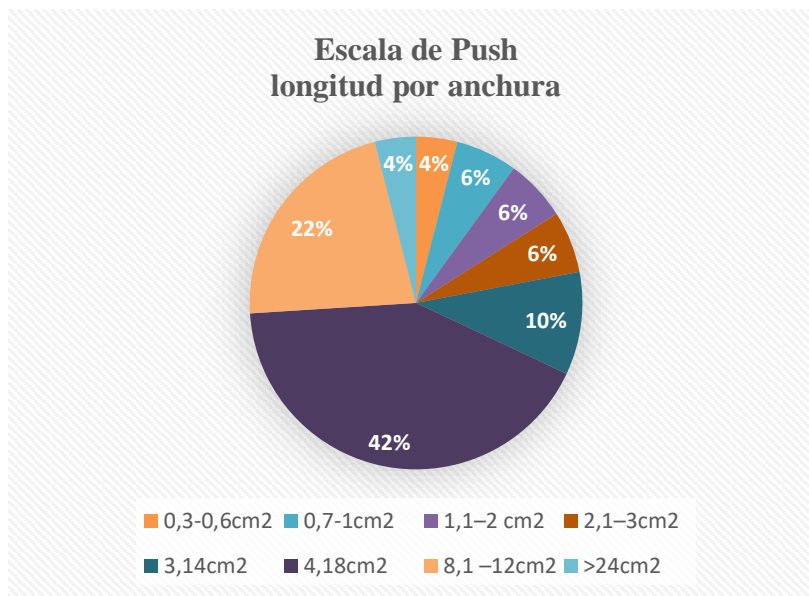


Gráfico 2: Longitud x Anchura
 Fuente: Escala de Push aplicada a pacientes de la Clínica de Heridas de Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
 Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Para lograr cumplir con el objetivo número 2 se utiliza el siguiente gráfico mismo que se utilizó para identificar el tipo de heridas el cual es el siguiente, longitud y anchura según el test de PUSH donde el mayor porcentaje de heridas fue

4,18cm en un 42%, coexistiendo de 8,1/ 12 cm de longitud por ancho con un porcentaje de 22% de pacientes. Lo que indica que la mayoría de las heridas son de gran tamaño abarcando a veces partes de una extremidad como por ejemplo el pie diabético y las úlceras de decúbito que son de igual manera las más comunes. La longitud y la anchura ayudan a revelar en parte el tiempo que tocaría emplear en la curación avanzada de heridas, en el material a utilizar y los riesgos predeterminados.

Para el objetivo específico número 3 se obtiene el gráfico 3 acerca los factores de riesgo obtenidos de la hoja de valoración de riesgos da como resultado que el 32% de personas atendidas en la Clínica de Heridas presentan pérdida de la sensibilidad y alteraciones circulatorias, debido a la patológica que presentan

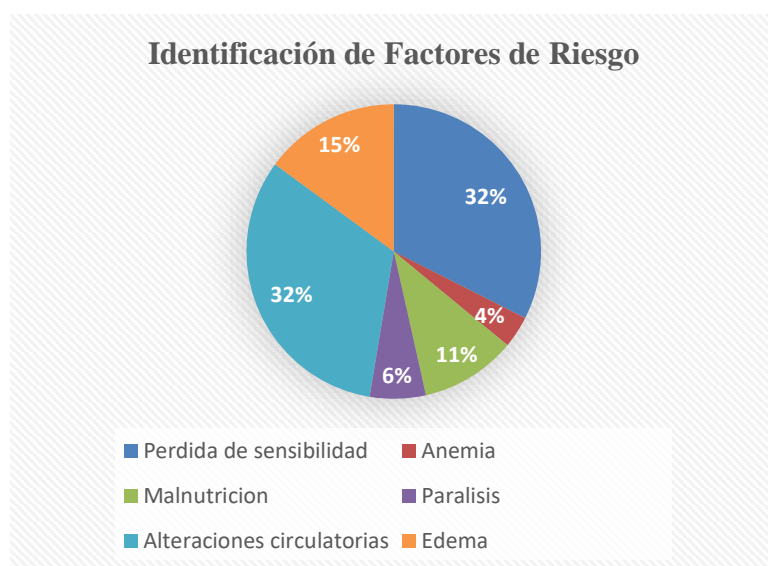


Gráfico 3: Identificación de Factores de Riesgo
 Fuente: Escala de Norton Modificada aplicada a pacientes de la Clínica de Heridas de Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
 Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

como es la diabetes, el 15% presenta edemas en sus lesiones pero no presentan dolor, el 11% de ellos muestran malnutrición, el 6% presenta parálisis o inmovilidad debido a la gravedad de sus heridas, y solo el 4% de ellos padecen de anemia debido a la deficiente alimentación.

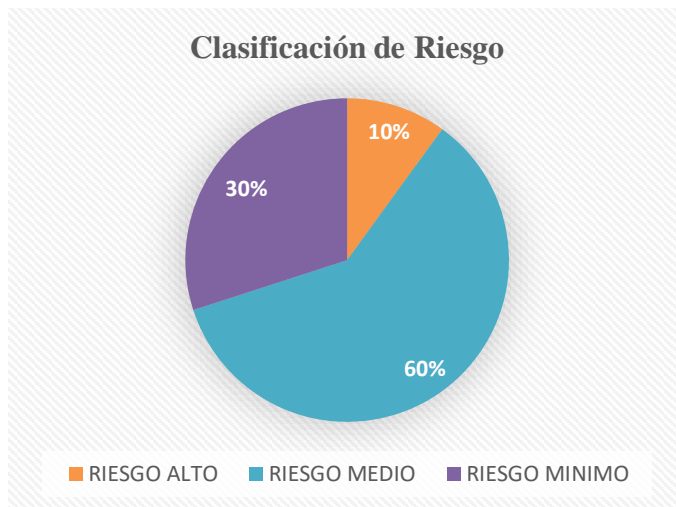


Gráfico 4: Clasificación de Riesgo
Fuente: Escala de Norton Modificada aplicada a pacientes de la Clínica de Heridas de Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

clínica de heridas 5 personas presentan un 10% de riesgo alto, 30 usuarios con el 60% con riesgo medio y finalmente 15 pacientes con el 30% de riesgo mínimo.

La escala de Norton modificada como bien sabemos sirve para medir e identificar el riesgo que padecen los usuarios en cuanto a úlceras por presión, por ello se incluye en el objetivo 3 y se ejecuta el siguiente gráfico en la presente investigación, para determinar lo mencionado anteriormente, entonces de los pacientes atendidos en la

Cuadro de Categorización

Informante (M-1)

Cuadro 1

Lugar: Clínica de Heridas

Fecha: 16/09/2019

Hora: 10:00 pm.

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Categoría	Código	Texto de la Entrevista
	1	Pregunta 1: ¿Qué materiales utiliza con más frecuencia para
	2	la curación de las heridas?
Servicios de salud (3)	3	Respuesta: En la <u>Clínica de Heridas se atienden varios tipos de</u>
	4	<u>lesiones</u> como son las úlceras por presión y pie diabético, gran
	5	cantidad de personas que acuden a la Institución padecen de
Patología crónica (6)	6	<u>Diabetes Mellitus</u> , cabe mencionar que no todos conocen los
Factores de riesgo (8)	7	riesgos que pueden presentar con el paso del tiempo, por lo
	8	general los <u>factores de riesgo que predominan son la pérdida de</u>
	9	<u>la sensibilidad y las alteraciones circulatorias</u> , las cuales retrasan
Materiales para curación (12)	10	el proceso de cicatrización, pero a pesar de estas complicaciones
	11	se utilizan diversos <u>materiales para la curación de las lesiones</u>
	12	de los pacientes que son previamente agendados, los elementos
	13	más utilizados para la cicatrización de ellas, es en primera
	14	instancia el parche hidrocólico el cual facilita el proceso de
	15	granulación seguido de la gasa vaselinada la cual se utiliza para
Educación familiar- paciente (19)	16	mantener la herida cubierta y lubricada para que esta, no se
	17	adhiera al vendaje que recubre la herida. Adicional a la cura <u>se</u>
	18	<u>brinda asesoría tanto al usuario como al familiar</u> sobre los
	19	cuidados que debe mantener en el hogar, el correcto uso de los
	20	medicamentos enviados por el médico y que debe acudir a las
	21	citas con el mismo.
	22	Pregunta 2: ¿Cuántas veces a la semana realiza la cura a los
	23	usuarios?
	24	Respuesta: Se realizan curaciones de lunes a viernes, pero los
	25	días con mayor afluencia de pacientes son los días <u>lunes,</u>
Atención a usuarios (28)	26	<u>miércoles y viernes de 08:00 a 12:00 y de 13:00 a 16:30</u> cabe
	27	mencionar que en el segundo turno se realiza las citas con el
	28	cirujano vascular al usuario y se realizan de igual manera curas
		de pacientes colecistectomizados y cambio de fundas de
		colecistectomía.

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

**Cuadro de Categorización
Informante (M-2)**

Cuadro 2

Lugar: Clínica de Heridas

Fecha: 16/09/2019

Hora: 12:00 pm.

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Categoría	Código	Texto de la Entrevista
	1	Pregunta 1: ¿Qué materiales utiliza con más frecuencia para
	2	la curación de las heridas?
Cuidados necesarios (8)	3	Respuesta: En nuestro establecimiento como Ud. Pudo
	4	observar contamos con una gran cantidad de pacientes los cuales
	5	no todos presentan patologías crónicas, contamos con la
	6	atención de dos médicos que son el médico cirujano y el cirujano
Desinfección (10)	7	vascular cada uno de ellos tienen sus propios pacientes, pero
	8	como enfermera a todos se les brinda los <u>cuidados necesarios</u>
	9	para que logren alcanzar en este caso la cicatrización de sus
	10	heridas. <u>Para realizar la desinfección</u> en primer lugar el médico
	11	valora el estado de la lesión y posterior a ello se procede a
	12	limpiar, utilizamos protosan cuando las heridas se encuentran en
	13	proceso de granulación y en ocasiones utilizamos yodo
Elementos utilizados para las heridas (16)	14	povidona cuando las heridas se encuentran con tejido necrótico,
	15	una vez realizada la desinfección se colocan <u>parches</u>
	16	<u>hidrocoloides, gasas vaselinadas, gel hidrocoloide o parches de</u>
	17	<u>plata activada</u> , estos elementos se los utiliza de acuerdo al
	18	tamaño y profundidad de la herida. Otro de los puntos que se
Patología crónica (19)	19	puede constatar con frecuencia es que las personas con <u>diabetes</u>
	20	<u>mellitus</u> presentan una recuperación tardía en sus lesiones
	21	acotando a ello varios de los usuarios <u>no acuden a realizarse sus</u>
Riesgo (22)	22	<u>curaciones y regresan cuando la herida se encuentra infectada,</u>
	23	cabe recalcar que la mayoría de ellos dependen del cuidado de
Recomendación (24)	24	sus familiares. Y una <u>recomendación</u> que quisiera brindar
Centros de salud (25)	25	mediante este medio es que en los <u>centros de salud</u> capaciten al
	26	personal que labora allí tanto a médicos como a licenciadas que
	27	son quienes más están en contacto directo con los pacientes y
	28	sus heridas, ellos deben conocer los elementos que se utilizan
	29	para realizar una cura y no complicar la lesión ni la salud del
	30	paciente. A la clínica acuden personas que han sido derivadas de
	31	centros de salud por la gravedad en la que se encuentra la herida

Economía (32)	32	y hay quienes viven en zonas rurales y <u>no cuentan con los</u>
Causa (34)	33	<u>medios económicos</u> para poder trasladarse y <u>es esta otra de las</u>
	34	<u>causas para que ellos abandonen su tratamiento.</u>
	35	Pregunta 2: ¿Cuántas veces a la semana realiza la cura a los
	36	usuarios?
	37	Las curaciones se las realiza de lunes a viernes en horario de
	38	08:00 a 16:30, pero en la mañana se realiza las curaciones
	39	limpias y en la tarde las curaciones sucias, por lo general los
Atención a usuarios	40	pacientes acuden con más frecuencia los <u>lunes, miércoles y</u>
(40)	41	<u>viernes</u> en horario diurno.

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Estructura Informante (M-1)

¿Qué materiales utiliza con más frecuencia para la curación de las heridas?

En la Clínica de Heridas se atienden varios tipos de lesiones como son las úlceras por presión y pie diabético, gran cantidad de personas que acuden a la Institución padecen de Diabetes Mellitus, cabe mencionar que no todos conocen los riesgos que pueden presentar con el paso del tiempo, por lo general los factores de riesgo que predominan son la pérdida de la sensibilidad y las alteraciones circulatorias, las cuales retrasan el proceso de cicatrización, pero a pesar de estas complicaciones se utilizan diversos materiales para la curación de las lesiones de los pacientes que son previamente agendados, los elementos más utilizados para la cicatrización de ellas, es en primera instancia el parche hidrocólico el cual facilita el proceso de granulación seguido de la gasa vaselinada la cual se utiliza para mantener la herida cubierta y lubricada para que esta, no se adhiera al vendaje que recubre la herida. Adicional a la cura se brinda asesoría tanto al usuario como al familiar sobre los cuidados que debe mantener en el hogar, el correcto uso de los medicamentos enviados por el médico y que debe acudir a las citas con el mismo.



¿Cuántas veces a la semana realiza la cura a los usuarios?

Se realizan curaciones de lunes a viernes, pero los días con mayor afluencia de pacientes son los días lunes, miércoles y viernes de 08:00 a 12:00 y de 13:00 a 16:30 cabe mencionar que en el segundo turno se realiza las citas con el cirujano vascular al usuario y se realizan de igual manera curas de pacientes colecistectomizados y cambio de fundas de colecistectomía.



Visión fenomenológica

Al aplicar las encuestas pude constatar mediante la observación directa que la mayoría de los pacientes atendidos presentan diabetes el cual es un detonante para que el proceso de cicatrización tenga retraso en comparación a los pacientes que no presentan ningún tipo de patología, ciertamente el personal utiliza todos los materiales necesarios para que la lesión mejore y reduzca su tamaño, se brindan los cuidados necesarios para una pronta recuperación y que el paciente vuelva a realizar sus actividades cotidianas

Estructura Informante (M-2)

¿Qué materiales utiliza con más frecuencia para la curación de las heridas?

En nuestro establecimiento como Ud. Pudo observar contamos con una gran cantidad de pacientes los cuales no todos presentan patologías crónicas, contamos con la atención de dos médicos que son el médico cirujano y el cirujano vascular cada uno de ellos tienen sus propios pacientes, pero como enfermera a todos se les brinda los cuidados necesarios para que logren alcanzar en este caso la cicatrización de sus heridas. Para realizar la desinfección en primer lugar el medico valora el estado de la lesión y posterior a ello se procede a limpiar, utilizamos protosan cuando las heridas se encuentran en proceso de granulación y en ocasiones utilizamos yodo povidona cuando las heridas se encuentran con tejido necrótico, una vez realizada la desinfección se colocan parches hidrocoloides, gasas vaselinadas, gel hidrocoloide o parches de plata activada, estos elementos se los utiliza de acuerdo al tamaño y profundidad de la herida. Otro de los puntos que se puede constatar con frecuencia es que las personas con diabetes mellitus presentan una recuperación tardía en sus lesiones acotando a ello varios de los usuarios no acuden a realizarse sus curaciones y regresan cuando la herida se encuentra infectada, cabe recalcar que la mayoría de ellos dependen del cuidado de sus familiares. Y una recomendación que quisiera brindar mediante este medio es que en los centros de salud capaciten al personal que labora allí tanto a médicos como a licenciadas que son quienes más están en contacto directo con los pacientes y sus heridas, ellos deben conocer los elementos que se utilizan para realizar una cura y no complicar la lesión ni la salud del paciente. A la clínica acuden personas que han sido derivadas de centros de salud por la gravedad en la que se encuentra la herida y hay quienes viven en zonas rurales y no cuentan con los medios económicos para poder trasladarse y es esta otra de las causas para que ellos abandonen su tratamiento.

¿Cuántas veces a la semana realiza la cura a los usuarios?

Las curaciones se las realiza de lunes a viernes en horario de 08:00 a 16:30, pero en la mañana se realiza las curaciones limpias y en la tarde las curaciones sucias, por lo general los pacientes acuden con más frecuencia los lunes, miércoles y viernes en horario diurno.



Visión fenomenológica

Los usuarios atendidos en la Institución, cuentan con todos los cuidados necesarios para que sus lesiones cicatricen de manera eficaz, aunque las personas que padecen diabetes mellitus tardan en obtener una pronta recuperación, pude tener una entrevista más profunda donde supo mencionar el profesional que los profesionales de los centros de salud deben tener capacitación en cuanto a curaciones de heridas.

Triangulación

Categoría	Informante	Teóricas	Posición del investigador
<p>¿Cuántas veces a la semana realiza la cura a los usuarios?</p>	<p>Los pacientes y el personal de salud manifiestan que se realizan las curaciones de sus lesiones tres veces a la semana específicamente los días lunes, miércoles y viernes mediante previa cita con el cirujano vascular quien realiza una valoración de la lesión y posteriormente procede a realizar la cura de la herida</p>	<p>Dorothea Orem en su teoría del déficit del autocuidado manifiesta que mediante la aplicación de acciones enfocadas a la recuperación es fundamental en lo que respecta las intervenciones de enfermería ya que tienen una base científica y valoración holística del paciente. Por lo tanto, se brindan cuidados integrales y educativos sobre el estado de su salud, mismo que lograra promover la independencia de las actividades cotidianas.</p>	<p>Mediante el juicio crítico y razonamiento clínico se menciona que los pacientes realizan sus curaciones 3 veces a la semana, debido a que en cada curación se utilizan materiales que logran crear tejido de granulación por lo tanto se obtiene una pronta recuperación, aunque la mayoría de estos pacientes presentan una patología crónica.</p>
<p>¿Qué materiales utiliza con más frecuencia para la curación de las heridas?</p>	<p>Según lo expresado por el personal de salud los materiales que se utilizan con más relevancia son el parche hidrocoloide que facilita la granulación de tejido en la herida, seguido de la gasa vaselinada, mismos que son colocados en cada sesión con el paciente.</p> <p>Los usuarios expresan que observan una recuperación factible en cuanto a sus lesiones ya que estas presentan reducción en el tamaño de la herida, cabe mencionar que por su patología su recuperación es tardía.</p>	<p>Lydia Hall en su teoría de Esencia, Cuidado y Curación establece tres círculos que son cuidado, persona y enfermedad, la elección de esta teoría es debido a que el personal de salud aplica en sus pacientes los materiales que llevaran a una pronta recuperación de la salud en cuanto a la curación, el personal de salud no solo aplica cuidados de enfermería sino también existe una relación enfermero paciente donde se entabla una comunicación favorable</p>	<p>Como aporte investigado se destaca que los materiales usados en cada paciente ayudan a reducir el tamaño de la herida, aunque ciertos pacientes no acuden a la curación el cual es un detonante importante ya que se pierde la continuidad del tratamiento y hace que la granulación de tejido y cicatrización de la herida se vuelva un proceso cada vez más largo sumándole la patología crónica que va enganchada a los factores de riesgo.</p>

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Reflexión final

Culminando el proyecto de investigación se efectuó la triangulación y análisis de la información para analizar el cuarto objetivo de carácter cualitativo, el cual tuvo la siguiente reflexión:

Las lesiones crónicas tratadas en la clínica de heridas se manejan con total profesionalismo en cuanto a elementos utilizados para la correcta cicatrización se brindan de igual manera los cuidados para que el usuario sienta seguridad de volver a realizar las actividades cotidianas y asesorar tanto al familiar como al paciente en la forma de alimentación y curación de heridas en el hogar (si se precisa).

7.2 Comprobación de Hipótesis

Se comprobó mediante la aplicación de la escala de Norton Modificada que los pacientes atendidos en la clínica de heridas presenta un poco porcentaje en cuanto a los riesgos de úlceras por presión, con respecto al tipo de tejido se pudo constatar que la mayoría de los pacientes presentan tejido de granulación y esfacelos, a pesar de que estos presentan enfermedades crónicas, cabe mencionar que estos usuarios utilizan el parche que permiten el proceso de granulación no obstante ciertos pacientes no acuden de forma regular o simplemente no acuden a la clínica para su respectiva curación lo cual junto a los factores de riesgo hacen que el proceso de curación y pronta recuperación se retrase.

7.3 Conclusiones

Se requiere de identificación de riesgos por parte del personal de salud.

La oportuna intervención de enfermería logra que mediante la curación las heridas obtengan buenos resultados en lo que se refiere al proceso de granulación del tejido.

Según la longitud de la herida ayuda a revelar el tiempo que tocara emplear en las curaciones al igual que el material a utilizar y los riesgos predominantes.

Un alto porcentaje de pacientes presenta pie diabético y alteraciones circulatorias, lo cual provoca las heridas.

Los pacientes con úlceras por presión no presentan el cuidado adecuado de los familiares y esto provoca lesiones profundas de difícil manejo y tardan en cicatrizar a pesar de los cuidados que requieren en la clínica.

Según el instrumento utilizado se concluyó que los pacientes presentan un riesgo medio de padecer úlceras por presión.

7.4 Recomendaciones

Se necesita brindar educación al personal de salud específicamente al personal de enfermería a nivel de centros de salud para que estos puedan identificar los riesgos que puede presentar una lesión, cuando sean derivados a los diversos hospitales de la provincia.

Es recomendable que el personal de salud brinde información de las pautas del cuidado de los pies, no solo de manera verbal, sino escrita ya que los pacientes atendidos son adultos mayores al igual que las personas que los acompañan y estos tienden a olvidar ciertas cosas con respecto al cuidado.

Es importante ayudar a que el paciente comprenda la información relacionada con el proceso de la enfermedad y explicar que, el tiempo de curación de sus lesiones se prolongara y de igual manera explicar para que sirve cada material que se utiliza en sus curaciones.

Para disminuir los porcentajes de pie diabético y alteraciones circulatorias es necesario que los usuarios no solo de la clínica de heridas sino de todo el Hospital conozca sobre cómo prevenir complicaciones en su salud en caso de padecer enfermedades crónicas.

Se debe enseñar a los familiares de los pacientes que asisten a la clínica de heridas acerca de los riesgos que pueden presentar por no tener el cuidado adecuado ya sea por higiene o por cambios posturales.

En cuanto a la aplicación del instrumento de estudio se determinó que no existe un alto índice de pacientes que pueden correr el riesgo de presentar úlceras por presión, sin embargo, es necesario que esta cifra no aumente ya que podrían existir diversas complicaciones en la salud de los pacientes.

Referencia Bibliográfica

- Alligod, & Tomey, y. (2011). *Modelos y Teoría en Enfermería*. España: Elsevier.
- Álvarez, J., Arantón, L., Calvo, A., & Castro, J. &. (2011). *Cuidados y Registros de Enfermería en la Prevención y Tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular*. Madrid: DAE. C/ Manuel Uribe.
- Andrade, M. P. (2014). Heridas Crónicas Atendidas en Servicios de Urgencias. *Scielo*.
- Antioquia, U. d. (2019). Congreso Nacional e Internacional de Atención al paciente con heridas. *Congreso Nacional e Internacional de Atención al paciente con heridas*, (págs. http://portal.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna!/ut/p/z1/tVZtc6IwEP4r7Qc_YhYICPeNQ9o7xeJ7a750QojADW8Fqtd_f1E7ndNWbceSGSZssvtS9tndTBBBD4hkdbWHtI7zjCZCXhD90TBtRbYwuLfjng2WbltOZZJ3FUNB91uFu5HmyIoNrjHWVaHQdW_m05mObQWR_7dvO5YOlmtOfvcdVemO4NX-zQ). Medellín .
- Ávila, C. À. (2008). *Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas*. Valencia : SÁNCHEZ LORENTE, M^a MONTSERRAT.
- Baker, S. R. (2010). Colgajos Locales en la Reconstrucción Facial. En S. R. Baker, *Segunda Edición - Tomo 1* (págs. 3-12). Venezuela.
- Barón Burgos , M. (2015). *Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y heridas crónicas*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. España: Pearson Educación.
- Borges, E. L. (2016). Factores Asociados a la Cicatrización de Heridas. *Scielo*.
- Bupa . (octubre de 2011). *Bupa Salud* . Obtenido de Desbridamiento de heridas : <https://contenidos.bupasalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/desbridamiento-de-heridas>
- Clara, E. G. (2014). *Escala de Evolución de úlceras por presión en el Registro de Enfermería*. Navarra .
- Constitución de la República del Ecuador. (2018). Obtenido de https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf

- Corral, M. G. (2018 de 11 de 2018). *Cuidate Plus* . Recuperado el 29 de 09 de 2019, de Diabetes :
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>
- De Arco Oneys, S. Z. (2017). Rol de los Profesionales de Enfermería en el Sistema de Salud Colombiano. *Scielo*, 172.
- Dieterich, H. (2011). *Nueva guía para la investigación científica*. México: Editorial Orfila.
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal. (2016). *Manual Clínico para la Estandarización del Cuidado y Tratamiento en pacientes con Heridas Agudas y Crónicas*. México: talleres Kunts.
- Elsevier . (2019). *Medline Plus* . Obtenido de Exudado :
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002357.htm>
- Enfermería y Bienestar. (28 de 03 de 2018). *Enfermería y Bienestar*. Recuperado el 29 de 09 de 2019, de Metodología de Enfermería: Fases del Pae. Valoración diagnóstica según patrones funcionales de Marjory Gordon. Diagnósticos de Enfermería: Concepto y tipos según taxonomía NANDA. Planificación de los cuidados enfermeros: Resultados e intervenciones:
<https://enfermeriaybienestar.wordpress.com/2018/03/28/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae/>
- Equisabel, C. (2014). *Escala de Evolucion de Ulceras por Presion en el Registro de Enfermería*.
- ESSITY. (2019). heridas cronicas. *ESSITY*.
- Federal, D. d. (2016). Manual Clínico para la Estandarización del Cuidado y Tratamiento a pacientes con heridas Agudas y Crónicas. *OPS*, 53-54.
- Federal, Dirección de Enfermería de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud. (2016). Manual Clínico para la Estandarización del Cuidado y Tratamiento a pacientes con Heridas Agudas y Crónicas. *OPS*, 31.
- Fernández, B. (2018). *Proceso Enfermero como herramienta Metodológica*. Ciudad Real: Paradigma. Recuperado el septiembre de 2019, de Auladae:
https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/lenguajes_normalizad.pdf
- Flores, D. Á. (2013). *Medicci, Clínica de Especialidades*. Recuperado el 09 de julio de 2019, de Medicci, Clínica de Especialidades: <http://medica-medicci.com/heridas-cronicas.html>

- Fundación Alberto J. Roemmers . (2012). *Enfermería en Curación de Heridas* .
Buenos Aires : Ediciones Medicas del Sur .
- Garcia, C. E. (2014). Escala de Evolucion de Ulceras por Presion en el Registro de Enfermeria. *UPNA*, 13 - 14 .
- Gonzalez , N. (12 de noviembre de 2018). *Cuidate Plus* . Obtenido de Diabetes :
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>
- Gonzalez, R. V. (2010). Calidad de Vida Relacionada con Heridas Crónicas . *Scielo*
, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300007.
- Guía de prevención y cuidado de las úlceras por presión para personas cuidadoras (Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud). (2012). *e-notas*,
<https://www.enotas.es/?articulo=guia-de-prevencion-y-cuidado-de-las-ulceras-por-presion-para-personas-cuidadoras-servicio-andaluz-de-salud-consejeria-de-salud>.
- Hernández Sampiere, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México:
McGRAW-HILL / INTERAMERICANA.
- Hidalgo, P. L. (2016). *Investigacion sobre Heridas*. Recuperado el 27 de 09 de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300001&lng=es&tlng=es.
- Lorenzo Hernández, M. P. (2014). Heridas Crónicas Atendidas en Servicios de Urgencias. Murcia: Enferm. Glob. Recuperado el 27 de 09 de 2019, de Enfermeria Global:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300002&lng=es&tlng=es.
- Martín, I. S. (2015). Nuevo Abordaje de Heridas Crónicas en Atención Primaria. En I. S. Martín, *Nuevo Abordaje de Heridas Crónicas en Atención Primaria* (pág. 99). España.
- Ministerio de Salud Publica. (2018). Santa Elena, Santa Elena, Ecuador.
- Ministerio de Salud Publica. (2019). Política nacional para el abordaje integral de las Enfermedades no Transmibles. En MSP, *Política nacional para el abordaje integral de las Enfermedades no Transmibles* (pág. 13). El Salvador: Viceministerio de Políticas de Salud. Obtenido de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/300054/download>

- Morales, C. M. (2008). *Guía para la Atención Integral del paciente con Heridas Crónicas y Úlceras por presión* . Segovia : Gerencia de Atención Primaria de Segovia .
- MSP. (febrero 2015). Protocolo para prevenir las úlceras de presión. *Departamento de Cirugía* .
- Muñoz, C. (2015). *Metodología de la investigación*. México: Oxford.
- OMS. (1 de junio de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases#>
- OPS . (septiembre de 2016). *Dirección de Enfermería de la Dirección General de calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal* . Obtenido de Manual Clínico para la Estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas : http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf
- OPS. (29 de octubre de 2019). *Medline Plus*. Obtenido de Heridas y lesiones: <https://medlineplus.gov/spanish/woundsandinjuries.html>
- OPS/OMS ECUADOR. (s.f.). *Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 28 de 09 de 2019, de Día Mundial de la Diabetes .
- Packard, L. (18 de julio de 2019). *Stanford, Childrens Health* . Recuperado el 18 de julio de 2019, de Stanford, Childrens Health : <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anatomadelapiel-85-P04436>
- Pérez, J. C. (2003). Curación de Úlceras por presión . *Intramed* .
- Pérez, J., & Merino, M. (2017). *Definición. de*. Obtenido de Definición de Desinfección: <https://definicion.de/desinfeccion/>
- Plan Nacional de Desarrollo. (2017 - 2021).
- Plus, M. (06 de noviembre de 2018). *Medline Plus* . Recuperado el 08 de julio de 2019, de Medline Plus : <https://medlineplus.gov/spanish/woundsandinjuries.html>
- Prado Solar, D., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). *Revista ELectrónica Scielo*. Recuperado el 2019 de 03 de 2019, de La teoría del Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad

- en atención: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.
- Prieto, J. M. (2011). *Cuidados y Registros de Enfermería en la Prevención y Tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular*. Madrid.
- Rodríguez, A. (2011). *Manual de Protocolos y procedimientos en el Cuidado de Heridas*. Madrid: Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Móstoles.
- Roemmers, F. A. (2012). *Enfermería en curación de heridas* . Buenos Aires : Médicas del Sur SRL.
- Romanos Calvo Beatriz, C. C. (2017). La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. *Scielo*.
- Sanitas. (2019). *Sanitas*. Recuperado el 01 de septiembre de 2019, de Sanitas: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/escala-norton-ulceras.html>
- Servicio Integrado de Cirugía Vascular y Endovascular y Clínica de Heridas. (2018). *SESCAM* . Recuperado el 27 de 09 de 2019, de SESCAM : https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_1_2018.pdf
- Sociedad Ecuatoriana de pie Diabético . (24 de Noviembre de 2016). *Edición Médica* . Obtenido de Primera guía clínica para el manejo del pie diabético en Ecuador: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/publican-la-primera-gu-a-cl-nica-para-el-manejo-integral-del-pie-diab-tico-89090>
- Toro, I., & Parra, R. (2006). *Método y conocimiento: metodología de la investigación : investigación cualitativa/investigación cuantitativa*. Colombia: Universidad Eafit.
- Unidad de Cuidados de Enfermería Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor. (2016). Indicadores de Gestión y Salud. En U. d. Sotomayor, *Indicadores de Gestión y Salud*. Santa Elena.

Apéndices y Anexos

Anexo 1. Solicitud a directora para ejecutar proyecto de Investigación en la Institución

Santa Elena, 12 de julio del 2019

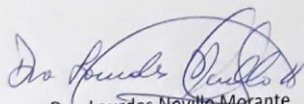
Dra. Lourdes Novillo Morante
DIRECTORA MÈDICA ASISTENCIAL


En su despacho

Yo, **Almagro Malavé Andrea Cristina** con C.I **2450417890**, estudiante de la carrera de Enfermería de la UPSE, solicito muy cordialmente se me permita la autorización pertinente, a quien corresponda de ejecutar mi proyecto de Investigación con tema: Abordaje de Enfermería y su Relación con el Proceso de Cicatrización de Heridas Crónicas en Adultos. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor. 2019

Con la seguridad de contar con su apoyo, quedo ante usted muy agradecida por su atención.

Atentamente


Dra. Lourdes Novillo Morante
Directora Médica Asistencial


Almagro Malavé Andrea Cristina
2450417890

HOSPITAL GENERAL
"Dr. Liborio Panchana Sotomayor"

12 JUL 2019

ENTREGADO

Recibe: Hora:

Anexo 2. Autorización de la Institución

 Universidad Estatal
Península de Santa Elena

Carrera de Enfermería

Oficio N° 444-CE-UPSE-2019
La Libertad, 05 de Julio de 2019

Señor Doctor
Carlos Paz Sánchez
GERENTE HOSPITAL GENERAL
DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR
En su despacho

De mi consideración:

Reciban un cordial saludo de quienes formamos parte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Estimado Gerente, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la respectiva autorización para que la estudiante que a continuación detallo, realice su Trabajo de Titulación en la Institución bajo su directriz, previo a la obtención del título en Licenciatura en Enfermería.

TEMAS DE TITULACIÓN	MODALIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS ESTUDIANTES
ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS EN ADULTOS. HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	ALMAGRO MALAVÉ ANDREA CRISTINA

Por la atención que se sirva brindar a la presente, reitero a usted mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Lic. Alicia Cercado Mancero, MSc.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
C.c.: - Archivo



 **HOSPITAL GENERAL**
Dr. Liborio Panchana Sotomayor
SECRETARÍA GENERAL

RECIBIDO
Fecha: 9-07-19 Hora: 14:48
Nombre: Grace A
Anexos: -----

 UPSEec @UPSE_ec UPSE_ec
UPSE Santa Elena UPSE noticias flickr.com/upse

 Scanned with CamScanner

www.upse.edu.ec
carrera_enfermeria@upse.edu.ec
(04) 2-782311
La Libertad - Barrio 25 de Septiembre - Calle 28 y Av.


Anexo 3. Consentimiento Informado

Santa Elena 12 de julio del 2019

ACTA DE COMPROMISO

Yo, **Almagro Malavé Andrea Cristina** con C.I **2450417890**, estudiante de la carrera de enfermería de la UPSE, me comprometo a cumplir con la privacidad del Hospital y a la de los pacientes para evitar cualquier daño hacia los mismos, también me comprometo a hacer uso debido a la información proporcionada, entregar un ejemplar del trabajo realizado al departamento de docencia del Hospital

ATENTAMENTE


Almagro Malavé Andrea Cristina

2450417890

 HOSPITAL GENERAL
"Dr. Liborio Panchana Solomayor"

ENTREGADO
Recibe: Hora:

Anexo 4. Instrumento de Estudio



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



2019-1

Instrumento a utilizar en el proyecto de investigación titulado:

Abordaje de Enfermería y su Relación con el Proceso de Cicatrización de Heridas Crónicas en Adultos. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2019.

Objetivo: Determinar la Relación que existe entre el abordaje de enfermería y el Proceso de cicatrización de heridas crónicas

Estudiante: Almagro Malavé Andrea Cristina

HOJA DE VALORACION DE RIESGO

Apellido y nombre:

Edad:

Fecha de ingreso:

Sexo:

Servicio del que viene:

1. Identificación de factores de riesgo:

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sensibilidad | Alteraciones circulatorias | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anemia | Edema | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Malnutrición | Fiebre | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación | Sonda nasogástrica | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Parálisis, paresia o inmovilidad por algún dispositivo restrictivos | Sonda vesical | <input type="checkbox"/> |

Enfermedad crónica. Especificar:.....

Presencia de úlceras previas. Localización:

Tomado de: (MSP, febrero 2015), elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Estado Físico	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Bueno 4	Alerta 4	camina 4	Total 4	Ninguna 4
Regular 3	Apático 3	Camina con ayuda 3	Disminuida 3	Ocasional 2
Malo 2	Confuso 2	Sentado 2	Muy limitada 2	Urinario o fecal 2
Muy malo 1	Estuporoso 1	Encamado 1	Inmóvil 1	Urinario y fecal 1
Fecha y Hora				
Puntuación				

CLASIFICACION DE RIESGO:

Puntuación de 5 a 9----- riesgo muy alto.

Puntuación de 10 a 12----- riesgo alto

Puntuación 13 a 14 ----- riesgo medio.

Puntuación mayor de 14 ----- riesgo mínimo/ no riesgo

Tomado de: (Romanos Calvo Beatriz, 2017), Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

ESCALA DE PUSH

Longitud x anchura	0	1	2	3	4	5	Subtotal	
	0cm ²	<0,3cm ²	0,3-0,6cm ²	0,7-1cm ²	1,1-2 cm ²	2,1-3cm ²		
	6	7	8	9	10			
	3,14cm ²	4,18cm ²	8,1 –12cm ²	12,1–24cm ²	>24cm ²			
Cantidad de exudado	0	1	2	3			Subtotal	
	Ninguno	Ligero	Moderado	Abundante				
Tipo de tejido	0	1	2	3	4		Subtotal	
	Cerrado	Tejido epitelial	Tejido de granulación	Esfacelos	Tejido necrótico			
	TOTAL							

a cada parámetro se le dará un puntaje:

Fecha y Hora				
Observación				

0: valor mínimo que indica cicatrización total de la ulcera **17:** valor máximo indicando el grado más evolucionado de la ulcera

Según tamaño: 0 – 10

Según cantidad de exudado: 0 – 3

Según tipo de tejido: 0 – 4

Tipo de tejido

0 ptos – cerrado	Herida completamente cubierta de epitelio
1pto – tejido epitelial	Tejido rosado (piel) brillante que crece en los bordes de la ulcera
2ptos – tejido de granulación	Rosáceo y húmedo con una apariencia granular
3 ptos – esfacelos	Tejido fibroso de color amarillento o blanco que se adhiere al lecho de la ulcera
4 ptos – tejido necrótico	Tejido muerto, negruzco que se adhiere fuertemente al lecho de la ulcera o a los bordes

Tomado de: (Clara, 2014), Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



2019-1

Instrumento a utilizar en el proyecto de investigación titulado:

Abordaje de Enfermería y su Relación con el Proceso de Cicatrización de Heridas
Crónicas en Adultos. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2019.

Objetivo: Determinar la Relación que existe entre el abordaje de enfermería y el Proceso de cicatrización de heridas crónicas

Estudiante: Almagro Malavé Andrea Cristina

Encuesta de Patrones Funcionales

Nombres y Apellidos.....

Edad..... Tipo de herida.....

P. 1.- Percepción / Manejo de la Salud

a) Percepción estado de Salud:

Muy bueno Bueno Regular malo muy malo

b) Actitud sobre problemas de salud

Sobrevalora Acepta Es indiferente lo niega

Lo rechaza Motivado

c) Conocimiento de los cuidados que precisa

Si No

d) Capacidad de Cuidado

Si No

P.2.-Nutricional / Metabólico

a) Riesgos de lesiones de la piel

Si No

b) Lesiones Existentes

Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV

c) Tipos de Lesiones existentes

Venosa Neuropática

P. 4.- Actividad / Ejercicio

a) Independencia para las actividades de Autocuidado

Si no

b) Independencia para las actividades de la vida cotidiana

Si no

c) Capacidad Funcional: Deambulaci3n

Si no

d) Estabilidad de la marcha

Si no

e) Elementos de ayuda

Bast3n silla de ruedas no utiliza



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



2019-1

Instrumento a utilizar en el proyecto de investigación titulado:

Abordaje de Enfermería y su Relación con el Proceso de Cicatrización de Heridas Crónicas en Adultos. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2019.

Objetivo: Determinar la Relación que existe entre el abordaje de enfermería y el Proceso de cicatrización de heridas crónicas

Estudiante: Almagro Malavé Andrea Cristina

Encuesta a personal de Enfermería

1. ¿Qué materiales utiliza con más frecuencia para la curación de las heridas?

Parche de plata

Gel hidrocoloide

Parche hidrocoloide

Gasa vaselinada

2. ¿Cuántas veces a la semana realiza la cura a los usuarios?

1 vez a la semana

2 veces a la semana

3 veces a la semana

Tomado de: (Fundación Alberto J. Roemmers , 2012)

Anexo 5. Interpretación de Datos

Tabla N°1. Percepción / Manejo de la Salud

Percepción estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	0	0%
Bueno	39	78%
Regular	10	20%
Malo	1	2%
Muy malo	0	0%
Total	50	100%

Tabla N°1 Percepción estado de salud
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

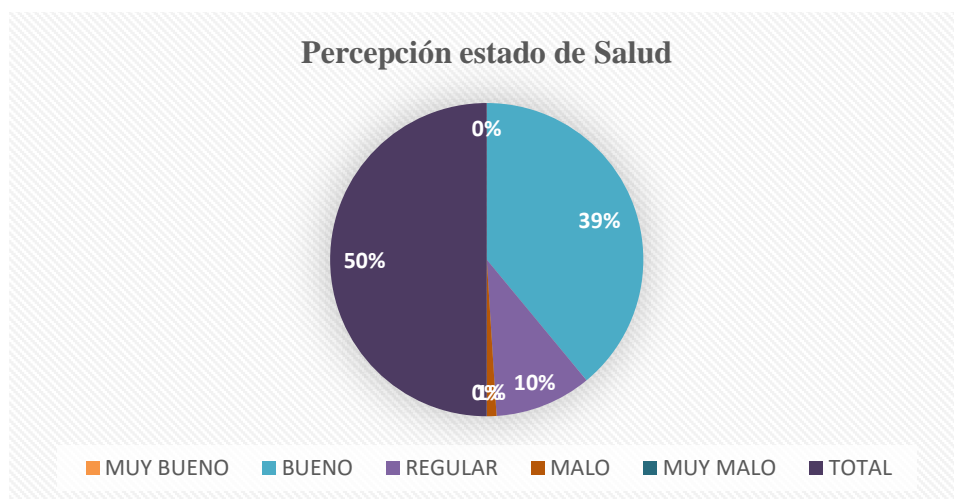


Tabla N°1 Percepción estado de salud
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Análisis e Interpretación: mediante la aplicación del instrumento de estudio con el patrón N° 1 que es Percepción estado de la salud se obtuvieron los siguientes resultados una cantidad favorable de personas las cuales representan el 78% manifestaron que se encuentran en buenas condiciones en lo que respecta a su salud, mientras que el 20% de ellos manifestaron sentirse regular con su salud y el 2% de la muestra mencionaron que saludablemente se sentían mal.

Tabla N°2 Percepción / Manejo de la Salud

Actitud sobre problemas de salud

Actitud sobre problemas de salud	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevalora	10	20%
Acepta	40	80%
Es indiferente	0	0%
Lo niega	0	0%
Lo rechaza	0	0%
Motivado	0	0%
Total	50	100%

Tabla N°2 Actitud sobre problemas de salud
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

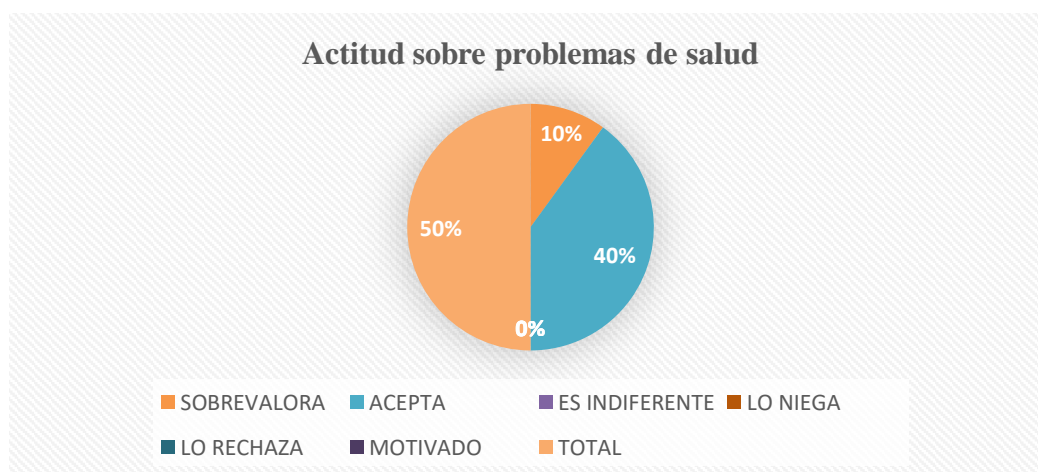


Gráfico N° 2 Actitud sobre problemas de salud
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Análisis e Interpretación: en el siguiente grafico se da a conocer acerca de las actitudes que presentan los pacientes acerca de su salud, donde se puede observar que el 80% de ellos aceptan su enfermedad y la saben sobrellevar mientras que el 20% de ellos la están sobrevalorando o apenas están aceptando su condición. Por lo general el porcentaje más alto es debido a que ese grupo de personas ya llevan varios años con el deterioro de su enfermedad.

Tabla N°3 Nutricional / Metabólico

Conocimiento de los cuidados que precisa

Conocimiento de los cuidados que precisa	Frecuencia	Porcentaje
si	39	78%
no	11	22%
Total	50	100%

Tabla N°3 Conocimiento de los cuidados que precisa
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

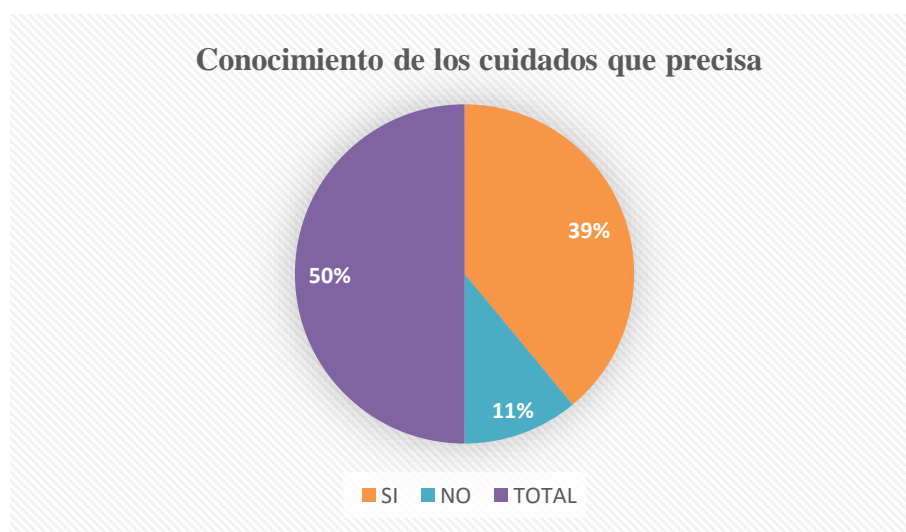


Gráfico N°3 Conocimiento de los cuidados que precisa
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Análisis e Interpretación: en cuanto al conocimiento de los cuidados que se deben realizar en sus heridas se logra constatar que el 78% de los usuarios atendidos en la Institución de salud si tienen noción al respecto, mientras que el 22% de ellos no conocen aun como deben realizar sus curaciones diarias en el hogar, cabe recalcar que los pacientes que asisten a la Clínica de Heridas son adultos mayores quienes van acompañados de algún familiar que se encuentra a su cuidado.

Tabla N°4 Nutricional / Metabólico

Tipo de lesiones Existente		
Tipo de lesiones existente	Frecuencia	Porcentaje
Venosa	10	20%
Neuropatica	40	80%
Total	50	100%

Tabla N°4 Tipo de lesiones Existentes
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

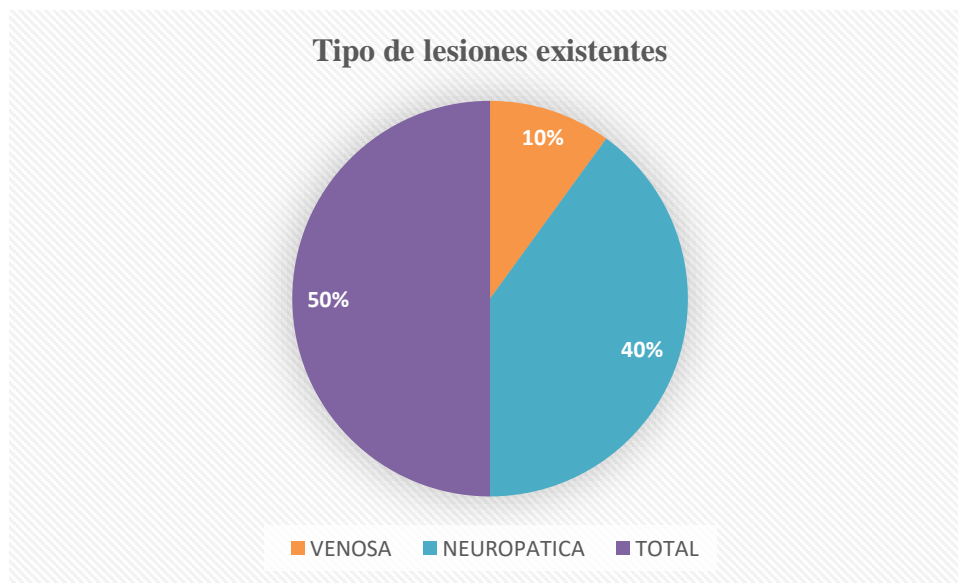


Gráfico N° 4 Lesiones Existentes
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Análisis e Interpretación: mediante la recolección de datos y observación directa se logró clasificar a las lesiones donde el 80% de los usuarios atendidos en la Clínica presentan lesiones Neuropática y el 20% lesiones venosas, ambas son consideradas crónicas y que requieren los implementos y tratamientos necesarios para una óptima recuperación, al igual que las curaciones.

Tabla N°5 Actividad / Reposo

Elementos de ayuda			
Elementos de ayuda	Frecuencia	Porcentaje	
Bastón	30	60%	
Silla de ruedas	17	34%	
No utiliza	3	6%	
Total	50	100%	

Tabla N°5 Elementos de ayuda
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

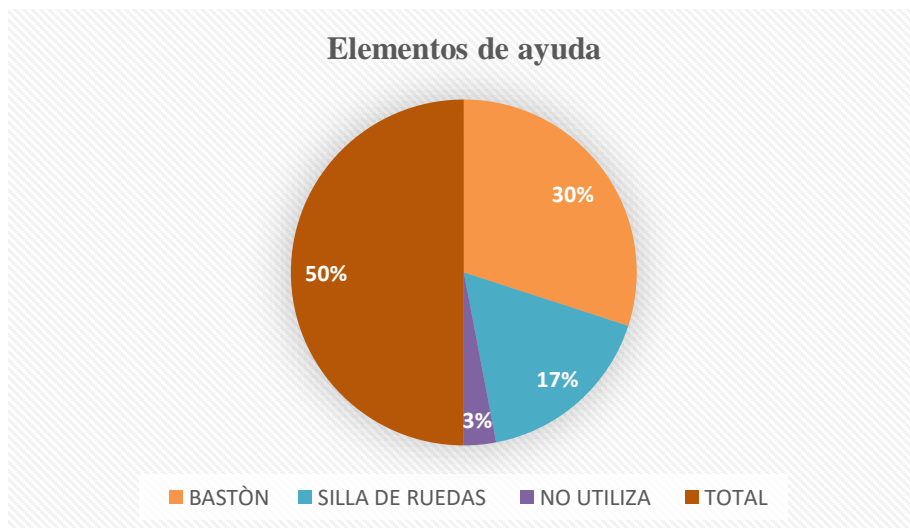


Gráfico N° 5 Elementos de ayuda
Fuente: Patrones funcionales de Marjory Gordon
Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Análisis e interpretación: en la siguiente tabla y gráfico se mencionan los tipos de elementos que utilizan los pacientes que acuden a la Clínica de Heridas donde se obtuvo como dato primordial que el 60% de ellos utilizan bastón, seguido del 34% quienes utilizan silla de ruedas y el 6% de ellos no utilizan ningún elemento de los mencionados anteriormente.

Anexo 6.- Plan de Atención de Enfermería

Pae nº1

Diagnóstico Enfermero	Resultados / N.O.C	Intervenciones / N.I.C	Evaluación																		
<p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 4: Respuesta cardiovascular/ pulmonar</p> <p>Cod. 00204 Dx Perfusión Tisular periférica Ineficaz r/c Conocimiento insuficiente de los factores agravantes de la enfermedad de base m/p alteración de las características de la piel y retraso en la curación de las heridas</p>	<p>Dominio II: Salud Fisiológica</p> <p>Clase E: Cardiopulmonar</p> <p>Resultado: Perfusión Tisular Periférica</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Llenado capilar de los dedos de los pies</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Necrosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Llenado capilar de los dedos de los pies				X		Necrosis				X		<p>Campo: fisiológico: complejo</p> <p>Clase: control de la perfusión tisular</p> <p>Cuidados Circulatorios: insuficiencia venosa</p> <p>Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> Colocar la extremidad en posición declive, según sea conveniente. Realizar cambios posturales del paciente como mínimo cada dos horas según sea conveniente. Enseñar a los pacientes los factores que afectan a la circulación. Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre. Curar las heridas, según sea conveniente. 	<p>Los usuarios atendidos en la clínica de heridas se encuentran realizando sus actividades diariamente ya que manifiestan sentir mejoría y pronta recuperación de la lesión, los cambios posturales han ayudado a que no se produzcan nuevas lesiones en el cuerpo ya que tomatón conciencia con respecto a los factores de riesgo que se pueden presentar a largo o corto plazo su piel se encuentra hidratada y realización las curaciones diarias tanto en el hogar como en la Institución.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																
Llenado capilar de los dedos de los pies				X																	
Necrosis				X																	

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Pae N° 2

Diagnóstico Enfermero	Resultados / N.O.C	Intervenciones / N.I.C	Evaluación																								
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión Física Cod. 00046 Dx Deterioro de la Integridad cutánea r/c alteración sensorial (a consecuencia de Diabetes Mellitus) m/p alteración de la integridad de la piel	Dominio II: Salud Fisiológica Clase: Integridad Tisular Resultado: Curación de la herida: por segunda intención Indicadores <table border="1" data-bbox="739 598 929 965"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eritema cutáneo Circundante</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Piel macerada</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Necrosis</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1	2	3	4	5	Eritema cutáneo Circundante		X				Piel macerada		X				Necrosis		X				Campo: Fisiológico Complejo Clase: Control de la piel/heridas Cuidados de las Heridas Actividades <ol style="list-style-type: none"> 1. Medir el lecho de la herida. 2. Limpiar con solución salina fisiológica según corresponda. 3. Administrar cuidados de la ulcera cutánea, si es necesario. 4. Aplicar crema adecuada en la lesión según corresponda. 5. Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. 6. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado. 7. Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio producido en la herida. 8. Cambiar de posición al paciente como mínimo 2 horas, según corresponda. 9. Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida. 	Se logra reducir el tamaño de la lesión en ciertos usuarios y estos vuelvan a retomar sus actividades normales, pueden valerse por sí mismos ya que manifiestan realizan sus curaciones en el hogar aplicando las pomadas enviadas por el médico y aplicando los cuidados correspondientes para una recuperación total. Los signos vitales se encuentran dentro del rango normal lo que indica que siguen el tratamiento de su patológica estrictamente.
	1	2	3	4	5																						
Eritema cutáneo Circundante		X																									
Piel macerada		X																									
Necrosis		X																									

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

PAE N° 3

Diagnóstico Enfermero	Resultados / N.O.C	Intervenciones / N.I.C	Evaluación																								
<p>Dominio 4: Actividad y Reposo Clase 2: Actividad y Ejercicio Cod. 00085 Dx Deterioro de la movilidad física r/c deterioro sensorio perceptivo m/p limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas y cambios en la marcha.</p>	<p>Dominio: Salud Funcional Clase: Movilidad Resultado: movilidad</p> <table border="1" data-bbox="515 606 974 1053"> <thead> <tr> <th data-bbox="515 606 728 646">Indicadores</th> <th data-bbox="728 606 784 646">1</th> <th data-bbox="784 606 840 646">2</th> <th data-bbox="840 606 896 646">3</th> <th data-bbox="896 606 952 646">4</th> <th data-bbox="952 606 974 646">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="515 646 728 686">Marcha</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 686 728 726">Ambulación</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 726 728 798">Mantenimiento del equilibrio</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Marcha			X			Ambulación			X			Mantenimiento del equilibrio			X			<p>Campo: Seguridad Clase: Control de Riesgos Prevención de caídas</p> <p>Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. 2. Ayudar a la deambulacion de las personas inestables. 3. Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas. 4. Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos. 	<p>En cuanto a los pacientes que presentan limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas y limitación en la marcha, se aplican medios de apoyo para que puedan movilizarse y logren controlar el equilibrio al caminar, ya que ciertos pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente ya sea por amputación de falanges en las extremidades inferiores o desbridamiento de la ulcera, existen también usuarios que han sido intervenidos por amputación de pie diabético para ello de educo a los familiares acerca de como trasladar al paciente de la cama a la silla de ruedas o viceversa.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																						
Marcha			X																								
Ambulación			X																								
Mantenimiento del equilibrio			X																								

Elaborado por: Almagro Malavé Andrea Cristina

Reevaluación Plan de Atención de Enfermería

Para culminar con la investigación de trabajo de titulación fue necesario la aplicación del Plan de Atención de Enfermería el cual se realizó de manera general para los pacientes que son atendidos en la Clínica de Heridas debido a que la mayoría de ellos presentan la misma patología que es la Diabetes Mellitus, manifestándose las lesiones en las extremidades inferiores más conocidas como Pie Diabético.

Actualmente los profesionales de enfermería aplican el proceso enfermero ya que permite realizar valoraciones dirigidas de las necesidades físicas, espirituales y emocionales de los pacientes que se encuentran bajo su cuidado, la aplicación del PAE constituye como una guía ya que su aplicación dependerá de las necesidades del paciente, es por ello que se utiliza el NANDA, NIC y NOC para realizar una mejor planificación de los cuidados que se otorgan, ya que permite evaluar de manera dinámica cada uno de los resultados que se plantean y valorar la eficacia de las intervenciones planteadas.

Para la estandarización del plan de cuidados se tomaron en cuenta los siguientes dominios: Actividad/ Reposo debido a que estos usuarios presentan factores que pueden agravar su salud debido a los diversos riesgos como son la pérdida de la sensibilidad y alteración circulatoria debido a su patología, y también se aplicó el dominio Seguridad/ Protección por el deterioro de la integridad cutánea que presentan en sus lesiones causadas por la Diabetes.

En cuanto a las intervenciones de enfermería los pacientes logran disminuir el tamaño de sus lesiones luego de un largo proceso de cicatrización aplicando la correcta desinfección del área, de igual manera los apósitos adecuados y siguiendo estrictamente el tratamiento de la Diabetes y los cuidados óptimos para una pronta mejoría, se logra constatar que las actividades aplicadas en el proceso enfermero se cumplieron en un 80%.

Gracias a la teoría de Dorothea Orem el Proceso de atención de Enfermería permite brindar atención integral e individualizada a las personas con Diabetes Mellitus, con un enfoque hacia el autocuidado a través del sistema de enfermería, Apoyo – Educativo a través del cual no solo enseña, orienta y aconseja a desarrollar acciones y conductas saludables entorno a su enfermedad, sino que además se fortalecen las relaciones interpersonales entre enfermera – persona – familia.

Evidencia fotográfica



Desinfección de herida con povidona yodada



Colocación de apósitos en lesión



Proceso de cicatrización de herida en glúteo irradiado a muslo

Glosario

Abordaje de Enfermería: El termino abordaje se refiere a que los profesionales de la salud somos una pieza fundamental en lo que respecta al cuidado directo con el usuario de igual manera en el abordaje multidisciplinar del dolor, no solo por la labor asistencial sino también por cada rol que cumple dentro del funcionamiento en la unidad de trabajo. (Lorenzo Hernández, 2014)

Cicatrización: La cicatrización es un proceso biológico que va encaminado a la reparación del tejido conectivo que se encuentra lesionado por diversos factores esto se llevara a cabo por medio de diferentes reacciones e interacciones celulares. (Prieto, 2011)

Desinfección: Es la eliminación de gérmenes que pueden afectar, infectar o provocar una infección en cualquier región de nuestro cuerpo. (Pérez & Merino, 2017)

Herida Crónica: Es un tipo de lesión que no sana completamente, debido a que no existe una continuidad de piel donde pueden estar involucrados los tejidos que se encuentran a su alrededor. (Flores, 2013)

Curación avanzada de Heridas: La curación avanzada de heridas es utilizada sola o con tratamiento, ya que favorece al cierre de la herida o a la preparación de la misma para una cirugía. (OPS , 2016)

Pie Diabético: Es una infección o destrucción de los tejidos profundos, la cual se encuentra relacionada a alteraciones en las extremidades inferiores. (Flores, 2013)

Lesión: es un cambio de forma anormal en lo que respecta la morfología o estructura de una región de nuestro cuerpo producida por un daño ya sea interno o externo. (OPS, 2019)

Desbridamiento: Consiste en la eliminación del tejido que se encuentra en mal estado o necrótico ya sea de heridas crónicas o úlceras venosas mediante procesos quirúrgicos o médicos. (Bupa , 2011)

Exudado: Es un líquido compuesto de células, proteínas y materiales sólidos, dicho líquido se filtra desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos. Esto se puede evacuar a

partir de zonas que se encuentran infectadas o edematizadas, este líquido también se lo conoce como pus. (Elsevier , 2019)

Escala de Norton: Esta escala mide el riesgo que presenta un paciente de padecer úlceras por presión. (Sanitas, 2019)

Escala de Push: Es usada para evaluar el proceso de cicatrización de las heridas mediante tres parámetros importantes que son la dimensión, la cantidad de exudado y la apariencia de la herida, estas llevarán un puntaje donde se visualiza si existe mejoría o si esta no está cicatrizando de manera adecuada. (Equisabel, 2014)

Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Es un conjunto de acciones que realiza el profesional de Enfermería, basándose en modelos y teorías, esto permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, las cuales son realizadas en orden específico, es decir, desde el más importante hasta el menos importante con el fin de asegurar que la persona reciba los cuidados que necesita para una pronta recuperación. (Enfermería y Bienestar, 2018)

La Libertad, 20 de Octubre del 2019

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR (IHP)-2019

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **Abordaje de enfermería durante el Proceso de Cicatrización de heridas Crónicas en adultos. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor**, elaborado por la estudiante Almagro Malavé Andrea Cristina, egresada de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente **trabajo de investigación** ejecutado, se encuentra con el 7 % de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



Herrera Pineda Isoled

Apellidos y Nombres

C.I.: 0962064192

DOCENTE TUTOR

Reporte Urkund.

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: DOCUMENTO PARA URKUM ALMAGRO.docx (D57295289)
Submitted: 10/20/2019 7:33:00 AM
Submitted By: iherrera@upse.edu.ec
Significance: 7 %

Sources included in the report:

Tesis Final Pie Diabético Sandro Fualta.docx (D56161786)
EXAMEN COMPLEXIVO LCDA. MILKA LOZANO.pdf (D13748730)
<https://docplayer.es/52125373-Universidad-estatal-peninsula-de-santa-elena-facultad-de-ciencias-sociales-y-de-la-salud-escuela-de-ciencias-de-la-salud-carrera-de-enfermeria.html>
<https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-de-cuidados-locales-y-heridas-cronicas.pdf>
<https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/preparacion-del-lecho-de-la-herida-en-la-practica.pdf>

Instances where selected sources appear:

Fuentes de similitud

URKUND DOCUMENTO PARA URKUM ALMAGRO.docx (D57295289)

El Proceso de Atención de enfermería o Abordaje de Enfermería, es la aplicación del método científico sistemático en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional y lógica, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter positivo el cual se centra en las respuestas humanas del individuo que participa en su propio cuidado además la enfermera puede realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación el cual permite la retroalimentación del proceso. CITATION Aul19 \l 3082 (Fernandez, 2018) La valoración integral de las personas implica en examinar sus cinco esferas que son: biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, y no solo se debe enfocar en las heridas. Por ello la primera intervención que los profesionales de la salud deben realizar al ingreso de cualquier Institución de Salud es la detección del riesgo de úlceras por presión, el cual se lleva a cabo a través de una valoración del paciente y su entorno, cabe recalcar que todos los pacientes son propensos en desarrollar estas lesiones. CITATION Dir162 \l 3082 (Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal, 2016) Para hablar del tema en estudio, se define a la herida como toda disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales. De igual manera se define el concepto de herida crónica donde incluye específicamente a las úlceras por presión UPP y las úlceras de las extremidades inferiores (úlceras vasculares, pie diabético, isquémicas y neuropatías). CITATION Àlv11 \l 3082 (Álvarez, Arantón, Calvo, & Castro, 2011) El concepto de Herida Crónica HC, es definido por diversos investigadores como las heridas que presentan nulo o escaso proceso a la cicatrización el cual requiere de un periodo de tiempo de cicatrización mucho mayor que el de las heridas leves o curadas, estas lesiones crónicas generalmente afectan a personas mayores