



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**COMPARACIÓN ENTRE APÓSITO DE POLIURETANO Y
MONOCAPA DE GASA PARA COBERTURA DE ZONA DADORA
DE AUTOINJERTO DE PIEL PARCIAL EN PACIENTES
QUEMADOS HOSPITAL DE POLICÍA 2016-2017**

PRESENTADA POR

DANIEL MARTÍN SACO VÉRTIZ MOLFINO

ASESOR

JORGE LUIS MEDINA GUTIÉRREZ

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA,
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA**

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**COMPARACION ENTRE APÓSITO DE POLIURETANO Y
MONOCAPA DE GASA PARA COBERTURA DE ZONA DADORA
DE AUTOINJERTO DE PIEL PARCIAL EN PACIENTES
QUEMADOS
HOSPITAL DE POLICÍA 2016-2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA,
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA**

**PRESENTADO POR
DANIEL MARTÍN SACO VÉRTIZ MOLFINO**

**ASESOR
Mgtr. JORGE MEDINA GUTIÉRREZ**

LIMA, PERÚ

2017

ÍNDICE

Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	4
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	6
1.3.1 Objetivo general	
1.3.2 Objetivos específicos	
1.4 Justificación	6
1.4.1 Importancia	6
1.4.2 Viabilidad	6
1.5 Limitaciones	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definiciones de términos básicos	15
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLE	
3.1 Formulación de la hipótesis	19
3.2 Variables y su operacionalización	20
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	21
4.2 Diseño muestral	21
4.3 Procedimiento de recolección de datos	21
4.4 Procedimientos y análisis de datos	22
4.5 Aspectos éticos	22

CRONOGRAMA	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El siguiente proyecto de investigación se presenta con la siguiente problemática desarrollada en el hospital de policía Luis Nicasio Sáenz es el de referencia de la Policía Nacional del Perú ubicado en el distrito de Jesús María.

En este centro hospitalario se ve la mayoría de los casos de quemaduras a efectivos policiales y sus familiares, por lo que tenemos una población cautiva muy importante. Las quemaduras en nuestro servicio de cirugía plástica se ven a menudo debido a la naturaleza del trabajo de los usuarios titulares y generan una alta tasa de morbilidad, ausentismo laboral y deformidades, sobre todo las quemaduras de tercer grado.

En el tratamiento de las de segundo grado profundo y tercer grado, muchas veces es necesario realizar autoinjertos de piel parcial tomados de otras partes del cuerpo.

Estas zonas dadoras se ha visto, que si no son bien manejadas, pueden presentar complicaciones como infecciones, profundización de la herida, retardo de la cicatrización, dolor entre otras. Habitualmente son manejadas de diferente manera por los distintos asistentes y residentes del servicio, ya que no hay consenso sobre su manejo. Habitualmente este se hace con monocapa de gasa, en algunos casos, y con gasa vaselinada, xenoinjerto o apósito de poliuretano, en otros, dependiendo de la experiencia del médico tratante.

En nuestro medio y, en general, no existen muchos estudios comparativos que nos permitan inclinarnos hacia uno u otro método de cobertura y hemos visto en el día a día, durante las curaciones de estos pacientes, que el manejo de estas

zonas dadoras les generan a los pacientes mucho dolor e incomodidad y muchas veces presentan complicaciones, razón por la cual se está realizando este estudio.

1.2 Formulación del problema

Problema general

¿Existe diferencia entre la utilización de apósito de poliuretano y monocapa de gasa para cobertura de zona dadora de autoinjerto de piel parcial en pacientes quemados del hospital de policía “Luis Nicasio Sáenz”?

Problemas específicos

¿Cuál de los dos métodos es menos doloroso durante su utilización en zonas dadoras de autoinjerto de piel parcial para pacientes quemados?

¿Cuál de los dos métodos presenta una tasa de reepitelización más rápida de la zona dadora de autoinjerto de piel parcial?

¿Cuál es la tasa de infección de la zona dadora de autoinjerto de piel parcial con cada uno de los métodos?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar si existe diferencia entre la utilización de apósito de poliuretano y monocapa de gasa para cobertura de zona dadora de autoinjerto de piel parcial en pacientes quemados del hospital de policía “Luis Nicasio Sáenz”

1.3.2 Objetivo específicos

Identificar cuál de los dos métodos es menos doloroso durante su utilización en zonas dadoras de autoinjerto de piel parcial para pacientes quemados.

Identificar cuál de los dos métodos presenta una tasa de re epitelización más rápida de la zona dadora de autoinjerto de piel parcial.

Identificar cuál es la tasa de infección de la zona dadora de autoinjerto de piel parcial con cada uno de los métodos.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El siguiente estudio nos permitirá

Mejorar nuestro conocimiento sobre el manejo de las zonas dadoras de autoinjerto de piel parcial.

Conocer cuál de los dos métodos del estudio es más eficaz para el tratamiento de las zonas dadoras de autoinjerto de piel parcial.

Mejorar el tratamiento actual que se les da a los pacientes quemados que requieren autoinjertos de piel parcial.

Uniformizar los criterios sobre el manejo de las zonas dadoras en el servicio de cirugía plástica del hospital de policía.

Servir de iniciativa para probar otros diferentes métodos de cobertura de las zonas dadoras en el hospital de policía y en los diferentes servicios de cirugía plástica de la capital y del Perú.

1.4.2 Viabilidad

El estudio es factible, porque se cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios. Hay interés en los médicos asistentes y residentes del servicio de cirugía plástica del hospital de policía para llevar a cabo y colaborar con el estudio para mejorar el manejo de las zonas dadoras de piel parcial para beneficio de los pacientes de nuestra institución. Finalmente, el presupuesto de la investigación es accesible a los recursos personales del graduando.

1.5 Limitación

La validez de este trabajo está limitada a los pacientes quemados que ingresen al servicio de cirugía plástica y que requieran autoinjerto de piel parcial durante los meses de junio de 2016 y mayo de 2017. El estudio se hará en pacientes adultos, hombres y mujeres entre los 18 y 65 años. También hay limitaciones bibliográficas, pues las investigaciones nacionales son escasas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El uso de los injertos de piel se remontan a épocas muy antiguas en la humanidad, aproximadamente 3 500 años a. de C. Paralelamente a su uso se hace el manejo de la zona dadora, la cual con el tiempo ha ido mejorando y evolucionando.

La monocapa de gasa ha sido siempre uno de los primeros materiales en utilizarse por su facilidad de obtención para el tratamiento de zonas dadoras; sin embargo, actualmente se disponen de nuevos materiales, más modernos y que se usan también frecuentemente como los apósitos de poliuretano.

Si bien ha habido algunos estudios al respecto entre estos métodos, no existen resultados significativos que nos hagan decantarnos por uno o el otro. No se han realizado estudios previos en nuestro país, sin embargo se conoce que los medios húmedos son beneficiosos y predisponen a una mejor cicatrización y epitelización de los tejidos, ya que evitan la desecación de los tejidos.

Stevens P. (2004), en su estudio de uso de apósito semioclusivo adhesivos de quemaduras faciales realizada a 27 pacientes por quemadura facial ABA y ABB mayores a 1% de la superficie corporal total, en quienes se utilizó un apósito adhesivo semioclusivo transparente de poliuretano. Un 46% fueron ABA y un 54% ABB. Se demandaron un promedio de 3 curaciones en las con quemaduras AB-A, con curación completa a los 9 días y 5 curaciones en las quemaduras AB-B, con curación completa a los 16 días. Con el uso de este apósitos, se obtienen los beneficios de la curación en ambiente húmedo permanente, alivia el dolor, favorece a la regeneración, acelera la curación, evita la profundización

secundaria condicionada por la desecación evita la formación de costra, actúa como barrera para el contagio externo, permite la observación constante de la quemaduras.¹

Romero L. (2016), en su estudio comparativo de las curaciones tradicionales y avanzadas con apósito hidrocólicoide en el tratamiento de heridas superficiales despliega diversos métodos de tratamiento para la curación de las heridas como los tradicionales realizados con apósitos secos y los avanzados donde se aplican apósitos oclusivos como los hidrocólicos donde su objetivo es comparar los resultados clínicos del tratamiento con curaciones tradicionales y avanzadas con apósito hidrocólicoide en heridas superficiales. Material y Métodos: Ensayo clínico cuasiexperimental. El estudio se realizó con 47 pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de julio a diciembre de 2013 quienes presentaron heridas superficiales; en la mitad de su área se procedió a la curación tradicional y en la otra se realizó curación avanzada con apósito hidrocólicoide. Se evidenció una frecuencia de infección del 17,02% en pacientes con heridas superficiales manejados con curaciones tradicionales y de 4,26% en las curaciones avanzadas. Conclusiones: Existe diferencia significativa entre el tiempo de reepitelización de heridas superficiales a favor del método de curación avanzada. Asimismo, en las curaciones tradicionales se presentaron mayor frecuencia de complicaciones.²

Sanchez J. (2015), en sus estudio presenta la eficacia del apósito se ha relacionado con la concentración de oxígeno. Según esta teoría, cuanto mayor sea la concentración de oxígeno, mayor será el nivel de cicatrización, pudiendo proceder el oxígeno del medio externo o interno. Determinados apósitos semipermeables de última generación poseen una permeabilidad selectiva por el

vapor de agua y el oxígeno. Además de evitar el aumento de presión provocado por el exceso de exudado, incrementan la concentración de oxígeno en el lecho ulceroso, con lo que disminuye el riesgo de infecciones por anaerobios. En la última década, se han incorporado tecnologías innovadoras y nuevos agentes bioactivos con la finalidad de acortar el tiempo de tratamiento de las heridas. En unos casos originan condiciones óptimas de cicatrización, y en otros reducen la carga bacteriana. Se han diseñado nuevas líneas de apósitos.³

2.2 Bases teóricas

Las quemaduras son producidas en la piel y mucosas ocasionadas por diferentes agentes que pueden ser químicos, biológicos o físicos que provocan destrucción de los tejidos variables y que van desde leves hasta la destrucción de los tejidos. ⁴

La lesión por quemadura produce una respuesta del organismo que será proporcional a la agresión que reciba. Esta lesión en los tejidos se une a una respuesta inflamatoria con aumento de la permeabilidad capilar a todo nivel en el cuerpo que es la responsable de los efectos de las quemaduras por la cual se da el alto riesgo de morbimortalidad. ⁵

Las quemaduras suelen ser la consecuencia de una transmisión de energía al cuerpo. Hay una gran complejidad de quemaduras, provocados por el contacto térmico, eléctrico, químico o con radiación: ⁶

Quemaduras térmicas: Son heridas por fuentes externas de calor que elevan la temperatura de la piel y los tejidos, inducen la muerte o carbonización de las células de los tejidos. Es cuando la piel entra en contacto con líquidos hirvientes, metales calientes, vapor o fuego se pueden producir quemaduras térmicas.

Quemaduras por radiación: Son heridas por la exposición prolongada a los rayos ultravioleta emitidos por el sol o por fuentes de radiación como los rayos X.

Quemaduras químicas: Quemaduras debido al contacto de la piel o los ojos con ácidos fuertes, detergentes, álcalis o solventes.

Quemaduras eléctricas: Son quemaduras provocadas por corriente eléctrica, ya sea alterna o continua.⁷

Las lesiones por quemadura se clasifican como primero, segundo o tercer grado, según la profundidad y severidad con que se desarrollan en la superficie de la piel.

Quemaduras de primer grado (superficiales):

Afectan sólo la epidermis o capa externa de la piel. La parte quemada se ve enrojecida y seca, duele, pero no presenta ampollas. Un ejemplo las quemaduras leves por exposición a los rayos del sol. No es frecuente que se produzca daño permanente de los tejidos, consiste en el de la cambio de color de la piel.

Quemaduras de segundo grado (de espesor parcial):

Afectan la epidermis y parte de la dermis. La lesión de la quemadura se ve roja, ampollada y puede inflamarse y tener dolor.

Quemaduras de tercer grado (de espesor total):

Destruyen la epidermis y la dermis y dañan los huesos, músculos y tendones. La zona quemada se ve de color blanco o carbonizado. No hay sensibilidad, ya que las terminaciones nerviosas se destruyen.

Los pacientes que sufren quemaduras graves pueden quedar discapacitados, desfigurados, infecciones, sufrir pérdida de movilidad, amputaciones. Las

quemaduras graves pueden tener hasta las capas profundas de la piel entre la epidermis y dermis y provocar daños en músculos y tejidos, y afectar todos los sistemas corporales.

El tratamiento para las quemaduras será determinado por su médico basándose en lo siguiente:⁵

- Su edad
- Su salud general
- Historia médica.
- Tipo de quemadura
- Clasificación de la quemadura
- Gravedad de la quemadura.
- Tolerancia a determinados medicamentos

El tratamiento incluye lo siguiente:

- Injertos de piel
- Terapia ocupacional.
- Reconstrucción estética
- Cuidado de las lesiones
- Fluidos y electrolitos por vía intravenosa
- Tratamiento para el dolor.
- Fisioterapia.
- Reconstrucción funcional⁸

Tratamiento durante el ingreso

1. La antibioterapia profiláctica no reduce la incidencia de las infecciones. Las medidas de asepsia en la manipulación de las quemaduras, así como el empleo de antibioterapia tópica disminuyen la colonización bacteriana.

2. Quirúrgico: En el caso de quemaduras dérmicas superficiales extensas se realiza desbridamiento en quirófano bajo anestesia ligera, con posterior cobertura, bien con pomadas antibióticas o con aplicación de apósitos biosintéticos. Las localizadas en cara o genitales se dejan expuestas con curas periódicas con povidona yodada. Dentro de las pomadas antibióticas la más utilizada es la sulfadiazina argéntica al 0,5- 1% por su amplio espectro antibacteriano. Existen diversos apósitos biosintéticos siendo uno de los más utilizados el Biobrane®, que consiste en colágeno sobre malla de silicona, indicado en quemaduras de menos de 24-48 horas de evolución, dérmicas superficiales y superficies lisas, su ventaja que disminuyen el dolor al permitir curas más espaciadas y aceleran el proceso de cicatrización, si bien su costo económico es mayor que con las curas tradicionales con pomadas antibióticas. Quemaduras más profundas, articulares, circulares de cuello, tórax, abdomen o extremidades, requieren escariectomías y autoinjertos cuando el paciente esté estable, pero lo más precozmente posible.

3. Es importante el inicio de la alimentación precoz en las primeras 4-6 horas por sonda nasogástrica o transpilórica para prevenir la aparición de íleo paralítico. Las necesidades calóricas se calcularán de forma individualizada. Se aportarán proteínas entre 2-3 gramos/kg/día, siendo entre un 20-25% del aporte calórico total.

glucemias. Se administrarán oligoelementos y vitaminas, con monitorización de niveles sanguíneos de magnesio y fósforo, que se suplementarán si fuera preciso.

4. Profilaxis con ranitidina de las úlceras de estrés.

5. Se administra toxoide tetánico si no ha sido vacunado en los 5 últimos años.

Se añadirá gammaglobulina antitetánica en los no vacunados.

Criterios de tratamiento hospitalario

– Quemaduras de 2º grado con 10-20% de SCQ.

– Quemaduras de 3º grado con SCQ entre el 5-10%.

– Quemaduras eléctricas.

– Niños con traumatismos concomitantes.

– Problema social.

– La afectación de cara, cuello, manos, pies, genitales, periné y articulaciones.

– Quemaduras circunferenciales.

– Se valorará la necesidad de equipo multidisciplinar en relación con lesiones asociadas así como necesidad de soporte intensivo.

2.3 Definiciones de términos básicos

Zona Dadora: Es el lugar de donde se realiza la toma de piel para obtener los injertos. Hay pocas zonas en el cuerpo que no son consideradas buenas opciones para zonas dadores como la cara, manos, genitales.

Un paso muy importante para elegir correctamente la zona a dadora a utilizar, es la cantidad de tejido necesario, la calidad y la similitud de la piel con la zona a injertar tal como su color y textura.

También es importante elegir la zona de acuerdo a la posibilidad de dejar secuelas anti estéticas en el individuo o si son zonas expuestas ya que podrían dejar un estigma especialmente en mujeres.

Las principales zonas dadoras son el tronco y las extremidades por su facilidad para la toma de los injertos y la cantidad disponible. Generalmente se prefieren los miembros inferiores por su gran disponibilidad de tejido y su escasa exposición.⁹

Bajo la misma premisa se suelen utilizar los glúteos, especialmente en adultos o niños mayores con capacidad de controlar sus esfínteres.

Las capas de piel, epidermis y dermis tienen diferente grosor dependiendo de la zona dadora escogida, es por eso importante conocer estas diferencias para escoger la zona que más se asemeje a la zona a injertar para tener un mejor resultado estético.

Por ejemplo, la piel fina se encuentra en la cara media de los muslos, y media y posterior de las piernas así como la cara anterior del tronco y antebrazos.

La piel de espesor grueso se encuentra en el dorso de la espalda, cuello y cuero cabelludo.

La zona dadora elegida para ser usada, debe ser rasurada y lavada con agua y clorhexidina antes de la toma del injerto.¹⁰

Evolución de la zona dadora: A los pocos días (1 a 3) de la toma del injerto se puede ver la superficie de la zona dadora cubierta por tejido desecado, costroso, células muertas y tejido conectivo. Hay mínima proliferación epitelial.

A la semana ya hay proliferación epitelial desde los folículos pilosos y glándulas sebáceas.

Entre la primera y cuarta semana se aprecia epidermis, hay aparición de colágeno nuevo y posteriormente entre la cuarta y sexta semana se aprecia la zona dadora de aspecto normal.

Cuidados de Zona dadora: Posteriormente a la toma de muestra, la superficie dadora es sangrante, por lo que algunos médicos deciden colocar una curación cerrada y vendaje semicompresivo para evitar el sangrado.

También puede colocarse una capa de gasa vaselinada seguida de gasa y vendaje para evitar la adherencia de los tejidos sangrantes a la gasa seca y evitar la desecación.

Existen otros materiales como alginatos, apósitos de poliuretano y películas de gas permeables que se usan actualmente para este propósito lo que ha logrado una buena evolución de la zona dadora logrando una buena epitelización rápida y con escasas secuelas.

Sea cual sea el método que se use, normalmente se descubre al quinto día postoperatorio. En este momento se retiran las cubiertas superiores y se deja el material elegido adherido hasta que se realice el desprendimiento espontáneo. Posteriormente se realizan curaciones seriadas hasta la epitelización completa. En caso se detecte infección de la zona dadora se realiza una toma de muestra y antibiograma para definir la conducta a seguir y se mantiene con curaciones y aseo.

Hay otra costumbre de tratamiento que deja las heridas de la zona dadora libres al descubierto. Esto se realiza luego de la toma de muestra y posterior aplicación de gasa embebida en solución con epinefrina y que el sangrado en napa haya disminuido, se retira y se deja al aire libre solo con una capa delgada de gasa seca que se va endureciendo dejando una película protectora que conforme

avanzan los días se va recortando hasta que empieza a levantarse de la herida y deja el lecho cicatrizado. ¹¹

Apósito de Poliuretano: Los apósitos son transparentes, semioclusivos (permeables a vapores y gases pero no a líquidos). Se desarrollan en un ambiente húmedo en la herida que estimula la regeneración tisular y acelera la curación. Son flexibles, impermeables a bacterias y lavables, pero no absorben el exudado. Por su elasticidad, se adaptan bien a los bordes más difíciles y permite movilizar mejor al paciente. Pueden recortarse según a la medida deseada sin que se reduzca su efectividad.

Monocapa de gasa: Es un revestimiento de lino o algodón, al cual se le ha impregnado parafina suave. Está cubierta es utilizada como una capa para el contacto primario de las heridas, mientras que la función de la parafina es para disminuir la adherencia del producto a la superficie de granulación.

Apósitos y coberturas: Los apósitos o coberturas permiten aislar, proteger y optimizar el proceso de cicatrización si la adecuada elección de este es capaz de brindar un ambiente óptimo necesario que preserve los principios fisiológicos básicos de humedad, calor, oxigenación y circulación sanguínea.

Criterios para elegir un apósito

Debe mantener un microambiente fisiológico húmedo que favorezca la granulación.

Debe ser capaz de mantener una barrera que aisle la lesión del medio ambiente y la proteja de contaminación y traumatismos.

Debe mantener un ambiente térmico fisiológico.

Debe permitir el intercambio gaseoso de la herida con su entorno.

Debe permitir una adecuada circulación sanguínea.

Debe facilitar la eliminación de secreciones y ser capaz de absorberlas.

Debe ser adaptable, flexible y de fácil manipulación.

Debe estar libre de contaminantes tóxicos o partículas.

Debe poseer un adhesivo que no dañe la piel circundante ni el tejido de granulación.

Debe permitir ser retirado sin trauma ni dolor para el paciente.

Debe favorecer la remoción de tejidos necrótico y/o esfacelado sin dañar el tejido granulatorio.¹²

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

Hipótesis general

Existen diferencia en cuanto a complicaciones en la zona dadora de injertos cuando se usa apósitos de poliuretano respecto al uso de monocapa de gasa

3.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Complicaciones en la zona dadora de injertos	Presencia de una alteración en la piel	Cualitativa Dicotomica	SI NO	Nominal	1: SI 2: NO	HC
Apósito de poliuretano	Apósitos, generalmente transparentes, semioclusivos Crean un ambiente húmedo en la herida que estimula la regeneración tisular y acelera la curación.	Cualitativa Dicotomica	SÍ NO	Nominal	1: SI 2: NO	HC
Monocapa de gasa	Es utilizada como una capa para el contacto primario de las heridas, mientras que la función de la parafina es para disminuir la adherencia del producto a la superficie de granulación.	Cualitativa Dicotomica	SI NO	Nominal	1: SI 2: NO	HC
Edad	Periodo que dura la	Cuantitativa Discreta	Años	Razón	Mayor a 18 años	HC

	adolescencia					
Sexo	Condición orgánica del adolescentes	Cualitativa Dicotómica	Masculino Femenino	Nominal	M F	HC

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

se realizará un estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, trasversal y prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los pacientes que ingresaban al Servicio de Cirugía Plástica del hospital motivo de la investigación.

Población de estudio

Los pacientes incluidos en el estudio serán hospitalizados en el Servicio de Cirugía Plástica y quemados del Hospital de Policía “Luis N. Sáenz” con diagnóstico de quemadura de II^o Y III^o grado entre los meses de junio del 2016 y mayo del 2017. El muestreo es de tipo no probabilístico y por conveniencia.

Tamaño de la población de estudio

Teniendo en cuenta el tipo de diseño y la disponibilidad limitada de casos en la consideramos incluir a todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, es decir que el tamaño de muestra será nuestra población de estudio.

Criterios de inclusión

Pacientes

- con quemaduras de 2° y 3° grado,
- edad entre 18 y 60.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de edad y mayores de 60 años.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Se obtendrán los datos de la historia clínica y los hallazgos del estudio de angiotomografía coronaria computarizada. Se obtendrán datos de la historia clínica de cada paciente, que incluyan el sexo, la edad, el peso y la talla, los hábitos de estilos de vida y los antecedentes patológicos relevantes para el estudio. Se empleará una ficha de recolección de datos, que incluya el score de calcio según el método de Agatston, el tipo de placa coronaria (calcificada, no calcificada o mixta), así como el grado de estenosis y el número de arterias coronarias comprometidas.

4.4 Procesamiento y análisis de la información

Se empleará el programa de análisis estadístico SPSS (versión 24.0).

A Instrumento de recolección de datos

La ficha de datos se elaborará teniendo en consideración los objetivos del estudio.

B Validez y precisión de instrumentos

El instrumento será validado por tres expertos relacionados a tema de investigación para medir la validez de contenido de la ficha de datos.

C Codificación

Finalizado el trabajo de campo los datos serán codificados para ingresar la información en una base de datos, para ello se tomará en cuenta el nivel de medición de los indicadores.

Luego se coordinará con el Director del Hospital para obtener el permiso de ejecución del trabajo de investigación. Los datos se registrarán en una ficha de recolección de datos. Luego del proceso de obtención de datos se hará la revisión y corrección de los casos, así como la depuración de acuerdo a los criterios de eliminación establecidos. El procesamiento estadístico se llevó a cabo en forma mecanizada, utilizando el programa de computo "SPSS v 24".

4.4 Procesamiento y análisis de los datos

Después de procesar los datos, se procederá a realizar los siguientes análisis estadísticos:

- a-Obtención de frecuencias y porcentajes
- b- Obtención de medias y desviación estándar
- c-Elaboración de tablas de doble entrada
- d- Significancia estadística con la prueba de Chi-cuadrado

4.5 Aspectos éticos

El presente protocolo de investigación cumplirá los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la XVIII Asamblea de la Asociación Médica Mundial,

enmendada en la última asamblea general. Así también se cumplirán las normas establecidas por el Colegio Médico del Perú y MINSA.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
FASE 1												
Selección del tema	■											
Recolección de Información		■										
Redacción y revisión			■									
Mecanografía y presentación			■	■								
FASE II												
Elaboración de instrumentos				■								
Recolección de datos					■	■	■					
Tabulación de datos						■	■	■				
Análisis e interpretación de datos							■	■	■			
Mecanografía y presentación								■	■			
FASE III												
Elaboración de documentos										■		
Redacción y revisión											■	
Mecanografía y presentación												■

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Stevens P., Piedra C., Uso de apósito semi- oclusivo adhesivo en quemaduras fáciles. Rev. Chilena de cirugía. Vol 56 N.1, 2004
2. Romero-Ramirez L. Estudio comparativo de las curaciones tradicionales y las curaciones avanzadas con apósito hidrocoloide en el tratamiento de heridas superficiales, 9 (1) 2016
3. Sanchez J., Apósitos dérmicos con agentes bioactivos especiales. El farmaceutico., 526, 2015
4. Matteos Otero, Juan José, Inflamación Aguda www.cirugest.com/Revisiones/Cir02-02/02-02-01.htm Revis, Jr, MD, Skin Grafts, Consulting Staff, Department of Surgery, Division of Plastic and Reconstructive Surgery, University of Florida College of Medicine, www.emedicine.com/plastic/topic392.htm
5. Rudolph K., Vande Berg J., Ehrlich HP., Wound contraction and scar contracture. In: Cohen IK, Diegelmann RF., Wound Healing. Philadelphia. WB Saunders, 1992 pp 96-114.
6. Sheridan, Robert, MD, Burns, Thermal Injuries 2002, Assistant Chief of Staff, Chief of Burn Surgery, Shriners Burns Hospital, Associate

Professor of Surgery, Department of Surgery, Division of Trauma and Burns, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School
www.emedicine.com/plastic/topic510.htm

7. Alvarez, O.M., The effect of occlusive dressing on collagen synthesis and reepithelization in superficial wounds. J Surg. Res., 1983; 35: 142 – 148.
8. Arroyo, SB, Infección de la Herida Quirúrgica, Comité de control de Infecciones, Fundación Santa Fé de Bogotá, Boletín Informativo N° 3 de 1994: 21-5. Artz C., Moncrief J., Tratado de Quemaduras. Segunda Edición, Nueva Editorial Interamericana, México, 1972.
9. Bauling P., The management of small and intermediate size burn injuries, Trauma and Emergency Medicine, The oficial Journal of the Trauma Society of South Africa an The Association of Ambulance and Emergency Medical Personnel. Vol 12 N° 4 July-August 1995.
10. Bendlin A., Linares H., Benaim F., Tratado de Quemaduras, Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. Impreso en México, 1993.
11. Brady SC, Snelling CFT, Chow G: Comparison of donor site dressings. Ann Plast Surg 238–243, 1980. Coutiño-Mata, Jerónimo, Manejo de las áreas donadoras de injertos de piel tratadas con gasa

con Triticum vulgare vs gasa con petrolato,
www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2002/cp022c.pdf Feldman L:
Which dressing for split-thickness skin graft donor sites? Ann Plast
Surg 27:288– 291, 1991.

12.Garcés S M., Artigas R., Quemaduras, Editado por Sociedad de
Cirujanos de Chile, 1995

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y Diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>COMPARACION ENTRE APÓSITO DE POLIURETANO Y MONOCAPA DE GASA PARA COBERTURA DE ZONA DADORA DE AUTOINJERTO DE PIEL PARCIAL EN PACIENTES QUEMADOS HOSPITAL DE POLICÍA 2016-2017</p>	<p>¿Existe diferencia entre la utilización de apósito de poliuretano y monocapa de gasa para cobertura de zona dadora de autoinjerto de piel parcial en pacientes quemados del hospital de policía "Luis Nicasio Sáenz"?</p>	<p>Determinar si existe diferencia entre la utilización de apósito de poliuretano y monocapa de gasa para cobertura de zona dadora de autoinjerto de piel parcial en pacientes quemados del hospital de policía "Luis Nicasio Sáenz"</p>	<p>Existen diferencia en cuanto a complicaciones en la zona dadora de injertos cuando se usa apósitos de poliuretano respecto al uso de monocapa de gasa.</p>	<p>El presente estudio corresponde a un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, analítico, de corte transversal, llevándose a cabo mediante ficha de datos.</p>	<p>Los pacientes incluidos en el estudio serán hospitalizados en el Servicio de Cirugía Plástica y quemados del Hospital de Policía "Luis N. Sáenz" con diagnóstico de quemadura de II^o Y III^o grado entre los meses de junio del 2016 y mayo del 2017. El muestreo es de tipo no probabilístico y por conveniencia.</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p>
		<p>Identificar cuál de los dos métodos es menos doloroso durante su utilización en zonas dadoras de</p>				

		<p>autoinjerto de piel parcial para pacientes quemados.</p> <p>Identificar cuál de los dos métodos presenta una tasa de reepitelización más rápida de la zona dadora de autoinjerto de piel parcial.</p> <p>Identificar cuál es la tasa de infección de la zona dadora de autoinjerto de piel parcial con cada uno de los métodos.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N.º FICHA:

FECHA Recolección:

N.º H.CL.:

I. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

EDAD: 0-12 13-17 18-29 30-59 >60

SEXO: M F

TIPO DE APÓSITO: Monocapa Poliuretano

COMPLICACIONES: Dolor Sangrado Infección