

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PRÁCTICAS SEGURAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS
PACIENTES QUEMADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
QUEMADOS - HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – CALLAO**

2015 / 2017

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

AUTORA:

LILIANA GIOVANNA SALINAS SALAS

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	PRESIDENTA
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	SECRETARIA
DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA	VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 163-2018

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05 de Marzo del 2018

Resolución Decanato Nº 682-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.1 Recolección de Datos	37
3.2 Experiencia Profesional	37
3.3 Procesos Realizados en el tema del Informe	37
IV. RESULTADOS	41
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIALES	48
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado **PRACTICAS SEGURAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUEMADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS - HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – CALLAO, 2015 – 2017**, tiene como objetivo describir la función que desempeña el profesional de enfermería en el servicio de Cirugía Plástica y Quemados.

El presente trabajo académico muestra el contexto en el cual se desarrollan las actividades del profesional de enfermería en la atención de pacientes quemados, donde a pesar de desenvolverse dentro de un complejo contexto de sobrecarga laboral, con pacientes con múltiples patologías crónico-degenerativas, con desabastecimiento de insumos, escasez de recurso humano, sin embargo el cuidado holístico brindado y en especial la interrelación con el paciente quemado durante los procedimientos como: el baño diario ,curación de heridas por quemadura y otros han causado múltiples satisfacciones al equipo de enfermería especialmente al ver al paciente curado y salir de alta después de muchos días de hospitalización y sufrimiento.

El presente trabajo me permitió abordar la problemática a través del modelo de atención integral de salud del paciente quemado, teniendo como pilares los componentes de organización, prestación, gestión y financiamiento. Es así que el presente informe consta de 7 capítulos: **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, MARCO TEÓRICO, EXPERIENCIA PROFESIONAL, RESULTADOS, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, REFERENCIALES Y ANEXOS.**

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), considera que las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 265 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano, y casi la mitad, en la región de Asia Sudoriental de la OMS. En muchos países de ingreso alto, las tasas de muertes por quemaduras han ido disminuyendo y la tasa de mortalidad infantil es actualmente más de siete veces más elevada en los países de ingreso bajo y mediano que en los de ingreso alto. (1)

A pesar de que los datos sobre incidencia de las quemaduras, no son absolutamente exactos, un estudio estimativo sobre la incidencia de quemaduras en Estados Unidos, informó que más de 1 millón de personas sufren quemaduras cada año, y se cifró entre 60.000 y 80.000 las personas que requieren ingreso hospitalario cada año a causa de quemaduras. También se pudo estimar en torno a 5.500 las muertes anuales por quemaduras en dicho país. No obstante, en todos los registros de quemados se observa una progresiva disminución en la incidencia de quemaduras, como lo indicado por la OMS. (2; 3)

En España, la incidencia de quemaduras se considera como un tipo de accidente frecuente. En países de nuestro entorno, se estima que por cada 100.000 habitantes alrededor de 300 personas sufren cada año quemaduras que requieren atención médica, lo que supone que aproximadamente 120.000 españoles y 1.000.000 de europeos reciben atención médica anualmente por quemaduras.

Por otro lado, en el Perú la situación es muy parecida a la realidad antes descrita ya que, muchas veces los pacientes que ingresan a hospitalizarse por quemaduras, estos se producen por sus precarios sistemas de trabajo y la falta de cultura preventiva; y autocuidado de la población, aumentando así la alta incidencia de quemaduras en fechas festivas así como la navidad. Ello debido al alto consumo de productos pirotécnicos; sin regulación de ventas y de una supervisión al momento de la manipulación de estos.

Según la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM), el 60% de las personas quemadas son niños, y de ese porcentaje el 80% corresponde a niños entre 4 y 6 años de edad, siendo la principal causa de las quemaduras el agua hervida, teniendo la mayor incidencia en los sectores más pobres del país.(4) En nuestro país, Según cifras oficiales, se estima que cada año más de 15 mil niños son atendidos por quemaduras severas y leves en diferentes establecimientos, las cuales tienen ocurrencia en los sectores más pobres, generando gastos económicos muy elevados para la familia, sobre todo en la etapa de recuperación y rehabilitación.(1)

Sin embargo, para el Hospital Daniel A. Carrión, por ser un hospital de referencia a nivel nacional y con nivel IV; atiende pacientes con diversos tipos de quemaduras y a distintos grupos etarios, con una estancia hospitalaria prolongada; de modo que se desborda la capacidad de atención del Servicio.

1.2. Objetivo

Describir las practicas seguras del cuidado de enfermería de los pacientes quemados en el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao.

1.3. Justificación

Las quemaduras a nivel mundial representan un problema de salud pública, no solo por la elevada incidencia, sino también por todas las repercusiones económicas, sociales y personales que ocasionan al paciente y familia durante el largo periodo de recuperación y rehabilitación del paciente; periodos en el cual el personal de salud capacitado juega un rol imprescindible para lograr la recuperación y prevención de complicaciones en el menor tiempo posible.

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de brindar el cuidado integral e individualizado al paciente con quemaduras, para lograr su pronta recuperación y evitar complicaciones, cumpliendo con los protocolos y guías de prácticas clínicas propias del Servicio. Cabe resaltar que el personal de enfermería no es suficiente para brindar el cuidado especializado a los pacientes, por lo que se requiere un mayor de dotación de personal de enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

A. Internacionales:

VALBUENA Carla. Maracaibo–Venezuela (2013) en su tesis titulada: “Frecuencia del paciente quemado en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital Universitario de Maracaibo”, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de quemaduras en el servicio de cirugía plástica del Hospital Universitario de Maracaibo durante el periodo Enero 2010 a Octubre del 2012. Siendo una metodología de Investigación retrospectiva, descriptiva, longitudinal a pacientes que acudieron al servicio de cirugía plástica del HUM con diagnóstico de quemaduras durante el 01-01-2010 al 30-12-2012 a través de un instrumento clínico, para realizar análisis de frecuencia de variables. Resultados: Se revisaron 281 casos, 152 masculino (54.09%) y 129 (45.90%) femeninos, con rango de 0-78 años, promedio de 39 años, con mayor incidencia de 46-55 años 19.57% (55), 179 procedentes de áreas urbanas (63.70%) y de zona rural 102 (36.29%), causadas principalmente por agentes físicos 224 casos (79.71%), de ellos los líquidos calientes 111 (39.50%), fuego directo y electricidad 41 c/u (14.59%); 77 casos de primer grado (27.40%), 122 de segundo grado (43.41%) y 82 de tercer grado (29.18%). Afectando miembros superiores 207 (73.66%), miembros inferiores 176 (62.63%), cabeza 48 (17.08%), manos 37 (13.16%); 122 casos (43.41%) Tipo AB, 82 (29.18%) tipo B, 50 (17.79%) tipo A flictenular y 27 (9.60%) tipo A eritematosa; 101 (35.94%) fueron quemados moderados, 67 (23.84%) quemados leves, 62 (22.06%) quemados graves y 51 (18.14%) quemados críticos; 77 (27.40%) manejados ambulatoriamente y 204 (72.59%) hospitalarios, de ellos 133 (47.33%) quirúrgicos y 71 (25.26%) expectantes con curas. Las complicaciones se presentaron en 123 casos (43.77%), 81 (65.85%)

por causas metabólicas, 72 (58.53%) hemodinámicas, 70 (56.91%) infecciosas, 51 respiratorias (41.46%), 43 renales (34.95%) y 30 cardíacas (24.39%). La mortalidad se presentó en 63 casos (22.41%), 31 debidos por sepsis (49.20%), 10 metabólicas (15.87%), 9 respiratorias (14.28%), 7 cardíacas (11.11%) y 6 renales (9.52%).(4)

LOÁISIGA Castillo, Belkania Paola (2016) Nicaragua, titulado: "Conocimientos Actitudes y prácticas del personal de enfermería en la atención pediátrica en la unidad de quemados Hospital Vivian Pellas Managua, II semestre 2016. Otra tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, en su trabajo el personal de enfermería debe poseer los conocimientos necesarios para el cuidado. El cumplimiento de los cuidados depende de la actitud del personal, para brindar atención de calidad y calidez. Teniendo como objetivo este estudio analizar los conocimientos, actitudes y prácticas brindadas en la atención de los pacientes pediátricos en la unidad de quemados APROQUEN, donde se ponen a estudio las 11 enfermeras que laboran en la sala, siendo este nuestro universo, a las cuales se les realizaron una encuesta y tres guías de observación como instrumento para la recolección de información. Los resultados obtenidos en lo que compete la demografía del personal de enfermería un 100% son del sexo femenino y las edades predominantes con un 46% son de 46- 40 años de edad; en relación a conocimientos de las enfermeras se logró identificar que un 59.1% del total de respuestas de las preguntas tienen 0% de margen de error; con respecto a las actitudes de las enfermeras un 90.9% del total de enfermeras tienen buenas actitudes al momento de la atención al paciente, familia y trabajo en equipo; por consiguiente el cumplimiento de los cuidados tienen un 70% de las

actividades de enfermería se cumplen a cabalidad dando cuidados integrales a los pacientes. (5)

ENRÍQUEZ Rodríguez N, en Coruña – España (2015-2016), elaboró un Plan de cuidados a un paciente quemado, en base a un caso clínico, sus objetivos fueron por un lado realizar una valoración integral de enfermería desde una perspectiva holística de un paciente que ha sufrido quemaduras en el 20% de la superficie de su cuerpo y, por otro lado establecer un plan de cuidados personalizado utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Como conclusiones de su plan de cuidados refirió que: El tratamiento y cuidado de las quemaduras se extiende más allá de la cura de la herida o del buen funcionamiento fisiológico del organismo. Se deben tener en cuenta otros aspectos determinantes para la óptima recuperación de las funciones del individuo como un todo; Uno de estos aspectos es sin ninguna duda la Educación Sanitaria, donde las enfermeras tenemos un papel fundamental a la hora de proporcionar al paciente/familia los conocimientos necesarios para alcanzar la autonomía, si se consigue la participación del paciente ayudará a garantizar el éxito de la recuperación: No puedo dejar de mencionar la importante labor de las enfermeras de Atención Primaria ya que son ellas las que realizarán el seguimiento de los cuidados adquiridos por el paciente; Por todo esto, considero el papel de enfermería fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes. La aplicación de un plan de cuidados integral, orientado a la persona, permite abordar las distintas necesidades tanto físicas como psicológicas que presenta y darles la respuesta oportuna trabajando de manera cooperativa y persiguiendo los mismos objetivos. (6)

B. Nacionales:

CERDA López, Asteria Amanda, Poccorpachi Peralta, Gloria Esther, Vergara Dagobet, Margelis del Carmen(2014) Satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia de pacientes pediátricos quemados, consulta externa, Instituto Nacional Salud del Niño - San Borja, Lima, enero - mayo 2014 en el estudio la presente investigación buscó determinar la satisfacción en la calidad de atención de enfermería en los padres de familia de pacientes pediátricos quemados, en la consulta externa del Instituto Nacional Salud del Niño de San Borja, en la ciudad de Lima, entre los meses de enero y mayo del año 2014. El tipo de investigación fue cuantitativa, prospectiva, descriptiva y analítica. La muestra la conformaron 166 padres de familia de pacientes pediátricos quemados, atendidos en la consulta externa, siendo seleccionada conforme al método del azar simple. Entre los resultados se obtuvo que el 77.7% se sintió satisfecho frente a la valoración de la atención de la enfermera, mientras que un 1.8% se mostró insatisfecho. Asimismo, el 86.7% se sintió satisfecho en la dimensión interpersonal, mientras que un 4.2% estuvo insatisfecho en la dimensión interpersonal. Por otro lado, el 81.3% se sintió satisfecho en la dimensión de conocimiento, mientras que un 7.2% estuvo insatisfecho. En conclusión: los padres de pacientes pediátricos quemados en la consulta externa del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, en Lima, entre los meses de enero y mayo de 2014, presentaron un grado significativo de satisfacción de un 81.9%, en la calidad de la atención de enfermería.(7)

MELGAREJO L. en el año 2008, realizó un trabajo denominado "Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados del IESN, planteándose

como objetivo determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado por quemadura. Empleó en método descriptivo correlacional, su población estuvo conformada por 20 padres, aplicó la técnica de la entrevista y como instrumentos el cuestionario y una escala de Likert. Concluyó que la relación entre los conocimientos y las actitudes de los padres sobre su participación en la atención del niño quemado no es significativa estadísticamente, cabe mencionar que los padres presentan una fuerte carga emocional debido al estrés repentino que experimentan en las primeras 72 horas por ser un periodo crítico inmediato y mediato para el niño, siendo factores limitantes para la adquisición y aplicación de los conocimientos, por ello es urgente que el profesional de enfermería brinde soporte emocional, consejería integral a los padres de familia para ayudarlos a superar esta etapa, así mismo motivarlos e incentivar su participación en la atención del niño quemado hospitalizado. (8)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Quemadura

Definición

Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos. Las quemaduras térmicas (provocadas por el calor) se producen cuando algunas o todas las células de la piel u otros tejidos son destruidas por: líquidos calientes (escaldaduras); objetos sólidos calientes (quemaduras por contacto); llamas (quemaduras por llama). (9)

Actualmente es más probable la supervivencia tras quemaduras extensas, gracias a los avances en la comprensión de la

fisiopatología de la quemadura y el tratamiento más agresivo de ésta. Para ello se requiere de un tratamiento pre-hospitalario efectivo, transporte, reanimación, sostén de funciones vitales y reparación de la cubierta cutánea.

Es así, que para lograr una mejor evolución del paciente quemado, se ha puesto énfasis en considerar ciertas variables como la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, antecedentes del paciente y la calidad del tratamiento que se preste, no solo en la etapa aguda sino en la de recuperación donde el personal enfermero tiene un rol importante.

Clasificación de las quemaduras

Por su profundidad

- Quemaduras epidérmicas (1° grado): Aspecto enrojecido, eritematoso, no exudativo, sin flictenas ni ampollas. Sólo afectan a la epidermis y curan espontáneamente al cabo de 5-10 días. Ejemplo: Quemadura solar.
- Quemaduras dérmicas (2° grado): Afectan siempre y parcial o totalmente la dermis.
Dérmicas Superficiales.- Destacan la formación de flictenas o ampollas, siendo exudativas, conservan los folículos pilosebáceos y curan entre 10 y 15 días.
Dérmicas Profundas: No forman ampollas, son exudativas, marcadamente hiperémicas y muy dolorosas con afectación del folículo pilosebáceo. Pueden tardar más de un mes en curar y dejan cicatrices.
- Quemaduras subdérmicas (3° grado): Son indoloras por la destrucción total de las terminaciones nerviosas y su apariencia oscila dependiendo del mecanismo de producción entre

carbonaceo y el blanco nacarado. Dejan siempre cicatriz y en ocasiones dependen de tratamiento quirúrgico e injertos.

Aquellas que sobrepasan el espacio dérmico y dañan estructuras subyacentes las llamaremos de 3º grado profundo ó 4º grado.

Por el agente etiológico: Térmica por llamas, líquidos y sólidos calientes, eléctricos, químicas y por radiación.

Por criterios de gravedad

- Graves:

Todas las de 2º grado superficiales con más del 30% de extensión.

Todas las de 2º grado profundas y las de 3º grado con más del 10% de extensión.

Todas las que se acompañan de lesiones respiratorias importantes.

Todas las eléctricas profundas (repercusión hemodinámica)

- Moderadas:

Todas las de 2º grado superficiales con un 15- 30% de extensión.

Todas las de 2º grado ó 3º de menos del 10% de extensión.

Todas las químicas y eléctricas.

- Leves:

Todas las de 2º grado superficiales con menos del 15% de extensión.

Todas las de 2º grado profundas y las de 3º grado con menos del 1%, dependiendo de la localización.

Afección de las quemaduras por sistemas:

Sistema cardiovascular

Las quemaduras producen una descarga masiva de catecolaminas, que originan a su vez la contracción de los vasos sanguíneos periféricos. Sin embargo, la quemadura hace que estos vasos sean más permeables, permitiendo la salida de líquidos y coloides hacia

los tejidos circundantes debido a los cambios de las presiones oncóticas. El líquido perdido queda atrapado en el espacio intersticial, produciendo el edema característico de las quemaduras. Como consecuencia puede aparecer una hipovolemia en unas horas.

La vasoconstricción inicial puede atrapar glóbulos rojos e inutilizarlos produciendo hemoconcentración, un aumento del hematocrito y una disminución del flujo sanguíneo, disminuye el gasto cardíaco y altera la oxigenación y la nutrición de los tejidos periféricos produciendo estasis venoso, que favorece la destrucción hística.

La hipoxia celular cambia el metabolismo celular de aerobio a anaerobio, con la consecuencia de acidosis por acumulo de ácido láctico. Este acumulo puede provocar shock irreversible. Los niveles séricos de potasio pueden aumentar considerablemente, produciendo arritmias cardíacas que pueden resultar fatales.

Sistema pulmonar

El edema facial o cervical producido por la quemadura o por la inhalación de humo puede amenazar la vía aérea y requerir intubación.

La inhalación de humo y/o productos químicos liberados al arder determinadas sustancias, producen costras en las mucosas, cambios en la permeabilidad capilar pulmonar, inflamación y, por último, edema pulmonar. En un principio, la asfixia se debe a la consiguiente inhalación de monóxido de carbono. Los productos secundarios de la combustión incompleta inducen tos, broncoespasmo, y en ocasiones, traqueo-bronquitis, que disminuye

más aun la capacidad de oxigenación. La inhalación de humo reduce el surfactante y produce atelectasias, disminuyendo la superficie de intercambio gaseoso. (10)

Sistema renal

La hipovolemia que se observa inmediatamente después de la quemadura hace que las arterias renales se contraigan. En un principio se manifiesta como oliguria por disfunción del filtrado glomerular. Esta situación empeora al aumentar la secreción de hormona antidiurética en la hipófisis posterior, en un intento de conservar el volumen sanguíneo.

Inicialmente, se puede observar hematuria debido a la destrucción de los hematíes en el momento de la lesión. Si la quemadura se extiende al musculo, puede haber mioglobina, la que puede provocar necrosis tubular aguda. Una adecuada sueroterapia permite a los riñones lavar los glomérulos y eliminar estos productos de desecho. Por todo esto veremos un aumento de los niveles de creatinina y nitrógeno ureico. (10)

Sistema gastrointestinal

La hipovolemia inicial produce dilatación gástrica e íleo paralítico durante el periodo post-quemadura inmediato. El quemado presenta riesgo de desarrollar úlceras gastroduodenales por estrés, conocida como úlcera de Curling.

Protocolo y manejo del paciente quemado en urgencias

La valoración primaria comienza siguiendo la secuencia ABC. El manejo inicial está basado en que el paciente gran quemado es un paciente poli-traumatizado. Se recomienda al personal de urgencias:

- Usar guantes estériles y mascarillas
- Retirar la ropa o prendas quemadas **no** adheridas al paciente y anillos.
- Colocar al paciente en sábanas estériles y abrigarlo para evitar hipotermia.(10)

Valoración de la vía aérea (A)

La causa más inmediata de amenaza vital para estos pacientes es la obstrucción de la vía aérea superior por edema.

Debe sospecharse afectación de la vía aérea superior en los sucesos ocurridos en lugares cerrados, y ante quemaduras faciales y en el cuello con afectación de los labios, las vi brisas nasales, la mucosa oro faríngea y presencia de ronquera progresiva, estridor y tos acompañada de esputo carbonáceo.

Respiración (B)

Una vía aérea permeable no equivale a una respiración adecuada. Se ha de comprobar la frecuencia y calidad de la respiración, especial importancia el uso de la **capnografía**.

Circulación (C)

Inspección del color de la piel, palpación de pulsos, temperatura y relleno capilar. En este punto al examinar las quemaduras se debe determinar la extensión y profundidad.

La regla de los nueves que da valores en múltiplos de 9 a diferentes áreas del cuerpo:

Valoración neurológica (D)

Determinar el nivel de conciencia y estado pupilar.

Tratamiento del gran quemado

- Aseguramiento de la vía aérea, Valorar intubación endotraqueal rápida.
- Reposición de volumen. Se debe infundir líquidos templados a una velocidad y/o cantidad suficiente para garantizar una diuresis aproximadamente de 50ml/hora en el adulto.
- Preservar de la hipotermia envolviendo en sábanas limpias y abrigando al quemado.
- No indicada la irrigación abundante con suero fisiológico, salvo en quemaduras químicas o afectación del área ocular.
- Sonda urinaria. Debe de colocarse lo más precoz posible. En quemados eléctricos realizar cambur test para descartar alcalosis indicativa de deterioro de función renal.
- Sonda nasogástrica. En paciente quemados que superen el 20% de Superficie Corporal de Quemadura (SCQ).
- Analgesia y sedación. Administrar analgésicos narcóticos por vía intravenosa.
- Dieta absoluta.
- Inmunización antitetánica completa.
- No administrar antibiótico
- Protección gástrica intravenosa

Tratamiento mediato de las quemaduras en el servicio de Cirugía de especialidades en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora de este nosocomio.

Dado que el paciente, antes de ingresar al servicio de Cirugía plástica y Quemados, recibe los cuidados inmediatos y es estabilizado en el servicio de emergencia, el en marco teórico no es exhaustivo en el tratamiento inicial; motivo por el cual nos abocaremos más al tratamiento mediato del paciente quemado. (11)

Curación de las quemaduras:

Para limpiar la piel quemada y retirar restos de productos como las cremas, ceras, entre otros, se utiliza agua del grifo, hervida, destilada o suero salino (Suero Fisiológico al 0.9%), la limpieza se realiza de manera suave y minuciosa con toques, evitando frotar de manera excesiva la zona lesionada evitando dañar los tejidos.

No se utiliza agua fría o helada (<15° C), debido a que produce vasoconstricción acelerando la progresión de la quemadura local y aumentando el dolor. En caso de extensiones elevadas, favorece el riesgo de hipotermia. La temperatura ideal para la irrigación tras la exposición al calor oscila entre 15 y 20°C con una duración media de 20 minutos. En la mayoría de los pacientes, al poco tiempo de comenzar la aplicación de agua fría se observa una reducción efectiva del dolor. Esta analgesia se debe junto a la interrupción de la acción del calor a una inhibición en la liberación de mediadores tisulares (por ejemplo, tromboxanos, prostaglandinas, leucotrienos). La eliminación más efectiva del calor se obtiene mediante agua corriente, pero requiere una gran cantidad de agua. Si no se dispone de agua corriente la zona de piel afectada se puede introducir en un baño de agua o se le puede aplicar compresas húmedas. El comienzo del tratamiento con agua fría debe comenzar lo antes posible. Otra opción es el uso de mantas para el tratamiento de quemaduras.

La temperatura idónea para el baño diario es aquella que resulte agradable para la persona, se estima que la temperatura óptima es de 32 °C aproximadamente. La habitación y la sala de curaciones debe mantenerse a una temperatura de 26-27°C evitando las corrientes de aire, pues aumentará las molestias (favorecen la

evaporación y, por consiguiente, cambios de temperatura en el paciente).

Los profesionales de enfermería de la unidad de quemados del servicio de cirugía Plástica, realizamos el lavado de las quemaduras de la siguiente manera:

“Utilizamos cloruro de sodio al 0.9%, en regular cantidad, a temperatura ambiente, y la rociamos en toda la quemadura hasta que se puedan remover con facilidad las gasas y los residuos de los productos utilizados en la curación, de esta manera reducimos la sensación de dolor por el paciente. El cloruro de sodio lo empleamos debido a que esta solución tiene características muy similares al plasma, además que existe evidencia científica de que favorece la regeneración de tejidos, y eso lo hemos podido constatar con nuestra experiencia en el cuidado de este tipo de pacientes”.

Además de lo mencionado, durante antes y después del lavado de las quemaduras mantenemos un ambiente ventilado pero sin corrientes de aire, para evitar la pérdida de calor por evaporación; y para garantizar ello cada paciente cuenta con un arco protector, el cual mantiene la temperatura constante, evitar que la herida se contamine, se golpee y se incremente la lesión. (11)

Uso de antisépticos

El uso de antisépticos en este tipo de lesiones está avalado por abundantes estudios, su mayor evidencia radica en las primeras fases como coadyuvante en la descontaminación y en la eliminación del tejido desvitalizado presente.

En caso de nuestra experiencia profesional la clorhexidina nos ha dado buenos resultados, ya que como antiséptico proporciona protección frente a gérmenes Gram + y Gram -, posee muy baja absorción sistémica y escaso poder sensibilizante.

Retiro de ampollas o flictenas

Se recomienda el desbridamiento de las ampollas asociadas a quemaduras de grosor medio en base a la disminución de infecciones y de complicaciones en la herida; basándose en puntos clave como: acción curativa, infección, resultado funcional y estético, comodidad de la persona, facilidad para las curas/cambios de apósitos o pomadas y eficacia económica. Estas ampollas presentan una mayor probabilidad de riesgo de ruptura.

Las últimas revisiones de estudios demuestran que las ampollas o flictenas con un diámetro menor a 6 mm deben mantenerse íntegras excepto si interfieren con el movimiento y son molestas para el paciente. Hay autores que concluyen que las ampollas deben dejarse intactas para reducir el riesgo de infección, pero si la posición anatómica hace necesario la intervención por propósitos funcionales, la aspiración aparece como menos dolorosa que la retirada de la piel, evitando que el fluido de la ampolla pueda perjudicar en la cicatrización de la herida. En contraposición otros autores abogan por no aspirar con aguja debido al aumento del riesgo de infección.

Recordar que retirar o mantener las ampollas intactas en los pacientes quemados ha sido y es, un tema muy controvertido, los estudios analizados contienen sesgos metodológicos y en ocasiones las recomendaciones realizadas son hechas por

consenso de expertos, dando lugar a poca evidencia para guiar la gestión de las ampollas.

“De acuerdo a nuestra experiencia laboral, los flictenas no los debridamos, los aspiramos, especialmente aquellos que son de gran extensión con la finalidad de evitar que la piel cubierta por el flictena se exponga evitando que se contamine. A pesar de que existan posiciones diferentes frente al manejo de los flictenas, en la unidad de quemados de nuestro servicio optamos por la aspiración ya que hasta el momento nos ha permitido que el paciente se sienta más cómodo, ha reducido el dolor, mejora el proceso de cicatrización y reduce las complicaciones, especialmente la infecciones de las quemaduras”.(11)

Tratamiento tópico

El principal objetivo del tratamiento tópico es limitar el crecimiento de los microorganismos que colonizan la quemadura, evitando posibles infecciones y favoreciendo la epitelización. La revisión de la literatura científica disponible en quemaduras, refiere como tratamiento tópico el uso de pomadas antimicrobianas o apósitos de cura húmeda con cobertura de amplio espectro antibacteriano para prevenir infecciones (apósitos de plata), pero cabe recordar que no todas las quemaduras tienen el mismo riesgo de infección, así las superficiales de poca extensión tienen bajo riesgo de infección y evolucionan favorablemente hacia la curación, por lo que el tratamiento tópico puede ser distinto de las quemaduras graves donde el riesgo de infección es muy elevado.

Por tanto, la utilización de apósitos o pomadas dependerá de:

- Las características de cada quemadura en cuanto a extensión, profundidad, localización y mecanismo de producción.

- Riesgo inherente de infección en el paciente quemado.
- Proceso evolutivo que presente la quemadura.
- Adaptabilidad a la zona quemada.
- Necesidad de higiene y curas frecuentes.
- Disponibilidad de material.

El principal objetivo del tratamiento tópico es limitar el crecimiento de los microorganismos que colonizan la quemadura, evitando posibles infecciones y favoreciendo la epitelización.

La revisión de la literatura científica disponible en quemaduras, refiere como tratamiento tópico el uso de pomadas antimicrobianas o apósitos de cura húmeda con cobertura de amplio espectro antibacteriano para prevenir infecciones (apósitos de plata), pero cabe recordar que no todas las quemaduras tienen el mismo riesgo de infección, así las superficiales de poca extensión tienen bajo riesgo de infección y evolucionan favorablemente hacia la curación, por lo que el tratamiento tópico puede ser distinto de las quemaduras graves donde el riesgo de infección es muy elevado.

El uso de desbridantes enzimáticos

Se aconseja la utilización de colagenasa para la eliminación de tejido desvitalizado y necrótico (zonas blanquecinas) presente en quemaduras de segundo grado profundo con áreas poco extensas de superficie quemada. Este método está basado en la aplicación local de enzimas exógenas que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas degradando la fibrina, el colágeno y desnaturalizando la elastina.

Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la zona quemada para potenciar su acción con solución salina o hidrogeles, o bien

utilizar apósitos secundarios que favorezca la cura en ambiente húmedo. La acción de la colagenasa puede ser neutralizada con metales pesados y antisépticos como la povidona yodada.

"El proceso de debridación aplicado hasta el momento, es el convencional, usando un equipo de curación, mediante el cual se procura retirar el tejido necrótico o la piel dañada que favorezca el crecimiento microbiano."

Terapia nutricional

El soporte nutricional cumple un papel transcendental en la terapéutica del paciente quemado con ingreso hospitalario, el principal objetivo es prevenir la desnutrición mediante el aporte adecuado de calorías, proteínas y micronutrientes, que eviten la pérdida de peso y masa corporal, favoreciendo además el proceso de cicatrización de las quemaduras.

En el paciente quemado la valoración adecuada del estado nutricional al ingreso y durante la hospitalización, es esencial para asegurar un óptimo restablecimiento. La vía de administración de nutrientes debe individualizarse, pero teniendo en cuenta la premisa de utilizar preferentemente la vía digestiva, pues la nutrición oral/enteral es claramente superior a la nutrición parenteral al presentar menor índice de complicaciones, ser menos costosa y mantener el tropismo de la mucosa intestinal.

La mayoría de los pacientes quemados con menos del 15-20% de Superficie Corporal Quemada (SCQ) pueden cubrir sus requerimientos calóricos-proteicos a través de una dieta oral, salvo en caso de quemaduras orofaríngeas, alteración de la conciencia, ventilación mecánica, malnutrición previa (ancianos, niños, infección VIH).(11)

El inicio precoz de un aporte proteico adecuado (entre 4-6 horas) después de la quemadura mejora la supervivencia del paciente quemado, evitando pérdida rápida de masa muscular y proteínas plasmáticas, disminuyendo las complicaciones infecciosas y por tanto mejorando la cicatrización de las quemaduras.

El inicio precoz de alimentación enteral, en las primeras 24 horas tras la quemadura, influye en el mantenimiento de la masa intestinal, el control del gasto energético y la disminución de las complicaciones sépticas. La nutrición enteral por sonda está indicada en aquellos pacientes que no puedan ingerir el 75% de las necesidades calórico-proteicas con alimentación oral, lo que ocurre habitualmente en pacientes con porcentajes de quemaduras superiores al 20 % SCQ.

Si presenta quemaduras orofaríngeas, deterioro de la deglución o no tolera alimentación oral, se debe iniciar lo antes posible nutrición enteral por sonda. Hasta que tolere la dieta oral, es la vía más fisiológica para la administración de nutrientes.

El personal de enfermería es el responsable de coordinar con el médico y nutricionista el establecimiento del tipo de dieta que recibirá el paciente, así como la vía por la cual se va a ofrecer la dieta; no obstante nuestra función no solo termina ahí, también velamos por la vigilancia de la ingesta de la misma, tolerancia, y/o eventualidades que alteren el proceso digestivo, siendo los encargados de comunicar de manera inmediata al médico, para tomar las medidas correctivas del caso, hasta lograr que el paciente tolere su dieta, garantizando la conservación de su masa corporal.

Manejo del dolor

El estado actual del tratamiento del dolor de las quemaduras está basado en ocasiones, más en opiniones personales y en la tradición que en un enfoque sistemático y científico. La percepción del dolor en los pacientes quemados es extraordinariamente variable, tiene componentes tanto de dolor agudo como del crónico. La IASP (International Association for the Study of Pain) lo define como agudo y grave al sufrir la quemadura y luego continuo con exacerbaciones que declinan gradualmente.

Las quemaduras dérmicas superficiales son las que más duelen al principio. Sin la cobertura protectora de la epidermis las terminaciones nerviosas están sensibilizadas y expuestas a la estimulación. Además, cuando la respuesta inflamatoria progresa, el aumento del edema y la liberación de sustancias vasoactivas hacen que el dolor se intensifique. La valoración del dolor de forma programada y usando el mismo instrumento proporciona información sobre la forma en que una persona determinada experimenta el dolor a lo largo de su proceso de curación. Las técnicas de medición son más complejas en niños que en adultos.

No hay documento de consenso a nivel nacional sobre el manejo del dolor del paciente quemado, existen razones tanto fisiológicas como psicológicas para conseguir que el tratamiento del dolor sea satisfactorio. La elección final del tratamiento farmacológico y otras terapias dependerá del facultativo o equipo responsable, estando condicionada por los antecedentes del paciente, la extensión y profundidad de las quemaduras y la percepción del dolor. En el caso de quemaduras de régimen ambulatorio, si no hay control del dolor, el paciente deberá ser derivado a su unidad especializada de referencia.

El dolor producido durante los procedimientos terapéuticos (curas, cambios de apósitos, fisioterapia) es agudo, de corta duración y a menudo de gran intensidad, el profesional de enfermería podrá disminuir la percepción del mismo durante el procedimiento de las curas.

En la Unidad de Quemados, el personal de enfermería, quemados, procuramos que el paciente alcance el máximo grado de confort, esto incluye el buen manejo del dolor; por ello utilizamos analgésicos según la escala del dolor y la clínica del lesionado, eso incluye:

- Cumplimiento del tratamiento analgésico según las prescripciones médicas.
- Uso de dosis de rescate establecidas por el facultativo.
- Administración de analgesia antes de cada curación.
- Monitoreo de la efectividad del tratamiento y comunicación al médico tratante, para ajuste de las dosis o cambio de fármaco.
- Comunicación constante con el paciente para disminuir el estrés, los nervios y/o miedo.
- Aplicar medidas de control de dolor no farmacológicas, como mantener un clima agradable, ganarse la confianza del paciente, despejar sus dudas, musicoterapia, entre otras. ”

En el manejo del dolor, no solo apuntamos al hecho de ayudar a manejar esta sensación del paciente, sino cumplir con una de nuestras responsabilidades fundamentales del ejercicio profesional de enfermería que es “Aliviar el sufrimiento”. Este precepto consagrado en el código de ética para enfermeras del CIE (Comité

Internacional de Enfermeras) se debe reflejar en cuidados de enfermería tendientes a contribuir con un eficaz tratamiento del dolor.

Aspectos psicológicos del dolor

El impacto emocional de sufrir una quemadura es muy grande. La magnitud del cuadro sintomático depende de diversos factores relacionados con la gravedad de la quemadura, las circunstancias que rodearon el accidente, y el estado psicológico anterior del paciente, dentro de los efectos fisiológicos y psicológicos del trauma térmico, el estrés postraumático cobra gran importancia en el quemado. La descarga afectiva asociada en la alteración de la imagen corporal, la certeza de saber que todas las quemaduras dejan algún tipo de secuelas y el drama socioeconómico que enmarca a la mayoría de las personas quemadas, son elementos agravantes para que se presenten estados de ansiedad, depresión y las demás señales de la reacción de adaptación que exacerban el cuadro doloroso, las cuales no están relacionadas con la gravedad de la quemadura sino con la capacidad de respuesta emocional de cada persona.

Partiendo de esta base, "El profesional de enfermería del área de Quemados, ha desarrollado dentro de su rutina de trabajo, la habilidad de emplear técnicas cognoscitivas y de comportamiento, aplicándolas en cada uno de los procedimientos realizados con el paciente, identificando desde el ingreso la carga emocional negativa de cada paciente, tratándolo de manera individualizada, teniendo mayor cuidado con aquellos ansiosos y demandantes de mayor cantidad de analgésica.

Diagnósticos de Enfermería Relacionados a las Quemaduras

Dolor, relacionado con alteración de la integridad de la piel (En pacientes con quemaduras epidérmicas y, dérmico superficiales).

Objetivo:

Aliviar o eliminar el dolor del paciente.

Intervenciones

- Rehidratación inmediata del paciente y de las áreas quemadas.
- Administrar analgésicos que no depriman el sistema respiratorio.
- Evaluar la eficacia de la analgesia.
- Aplicación de tratamientos no farmacológicos para el manejo del dolor.
- Administración de analgésicos tópicos.
- Administración de analgesia antes de cada curación del paciente.
- Monitorear constantemente al paciente.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con evaporación y paso de líquidos del espacio intravascular al intersticial, secundario a quemaduras (en pacientes con quemaduras dérmico-profundas o sub-dérmicas y con elevado tanto porcentaje de SCQ).

Objetivo:

Mantener un buen nivel de hidratación en el paciente, evitando y controlando de manera oportuna los signos de shock hipovolémico.

Intervenciones

- Mantener permeable una vía venosa del mayor calibre posible, preferentemente un catéter venoso central, lo que nos permitirá medir la Presión venosa central (PVC).
- Administrar Lactado Ringer de preferencia, y monitorear la diuresis de manera horaria.
- Colocar sondaje vesical para realizar un buen control de la diuresis.
Es ésta una intervención de enfermería prioritaria si el lesionado

presenta quemaduras en genitales, pues el edema posterior impedirá su colocación.

- Aperturar hoja de balance hídrico estricto.
- Control analítico del hematocrito, que en las primeras horas después del accidente estará elevado por hemoconcentración.
- Pesar al paciente, ya que existen fórmulas que indican la cantidad de líquido que debe perfundirse en días posteriores.
- Fomentar el reposo en cama y limitar la actividad.

Ansiedad relacionada con: Traslado, hospitalización, suceso ocurrido y procedimientos invasivos

Objetivo:

Mejorar el bienestar físico y psicológico del paciente.

Intervenciones

- Valorar el nivel de ansiedad.
- Proporcionar seguridad en las acciones de enfermería.
- Mantener un buen nivel de comunicación con el paciente, despejando sus dudas en todo momento.
- Permanecer junto al paciente.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación, como respiración lenta y profunda.
- Administrar tratamiento farmacológico si fuera necesario.

Alto riesgo de hipotermia relacionado con exposición a ambiente frío, deshidratación, y pérdida de cobertura cutánea (en pacientes con quemaduras provocadas por el frío y pacientes con tanto por ciento de SCQ elevado)

Objetivo:

Lograr que el paciente mantenga una temperatura corporal dentro de los límites normales, y reducir los factores de riesgo de la hipotermia.

Intervenciones

- Evitar corrientes de aire en el dormitorio del paciente, evitando que la temperatura sea inferior a 24°C o superior a 32°C.
- Durante las curaciones, evitar descubrir al paciente por áreas o partes corporales, utilizar cloruro de sodio 0.9% tibio (Atemperado en baño maría).
- No empapar al paciente con suero ni aplicar hielo, ya que aumenta la profundidad de las lesiones y el riesgo de hipotermia.
- Controlar el dolor debido a que aumenta el gasto metabólico y energético.
- Medir frecuentemente la temperatura corporal.
- Reemplazar vestidos y ropas húmedas por otras secas.
- No frotar ni hacer presión en las áreas quemadas (sobre todo en caso de congelación).
- No aplicar calor por radiación directa (en caso de congelación).

Alto riesgo de infección relacionado con pérdida de protección cutánea e inmunosupresión, secundario a quemaduras

Objetivo:

Practicar precauciones para prevenir la infección de las áreas quemadas, y enseñar al paciente cómo evitar los factores asociados al riesgo de infección.

Intervenciones:

- Administrar la dosis de toxoide y/o gammaglobulina según historial de inmunización antitetánica, independientemente de la gravedad de la quemadura.
- Realizar punciones venosas en áreas no quemadas, para evitar manipulaciones innecesarias de las áreas de lesión. Respetar todas y cada una de las medidas de asepsia recomendadas.
- Hacer lavados de las áreas quemadas mediante ducha de arrastre y nunca por baño de inmersión.

- Vigilar tejido de granulación de las áreas lesionadas en busca de signos de infección: edematoso, pálido, seco, etc. En caso de que los gérmenes sean pseudomonas, tendremos que buscar un aspecto verde, con material purulento en las áreas quemadas.
- Vigilar temperatura en busca de picos febriles.
- Realizar hemocultivos y analíticas de sangre en busca de signos de infección.
- Reducción de los flictenas y retirada de esfacelos.
- Manipular lo menos posible la sonda vesical, siguiendo pautas de asepsia habitual, evitando el reflujo y las desconexiones.
- Lavado de manos sistemático antes y después de atender al paciente y colocación de guantes.
- Uso de mascarilla por el personal de enfermería cuando la quemadura está en exposición.
- Todo el material empleado para el paciente (instrumental, tubuladuras del respirador, cuñas, etc.) debe ser esterilizado y/o desinfectado correctamente.
- Toma de muestras para seguimiento microbiológico del paciente dos veces por semana (frotis nasal, rectal, faríngeo, entre otros).
- Administración de antibióticos de manera profiláctica, con el objeto de evitar la sobre-colonización de cepas resistentes del propio paciente (después de las primeras 24 horas). Se aplicará mediante tratamiento tópico y/o sistémico.
- Limpiar, desbridar y retirar de forma precoz las escaras y material necrótico de las áreas quemadas.
- Rasurado y lavado de áreas cercanas a las quemaduras con soluciones antisépticas no colorantes.

Deterioro de la integridad hística relacionado con traumatismo cutáneo en dermis profunda e hipodermis (en pacientes con quemaduras dérmicoprofundas y subdérmicas).

Objetivo:

El paciente participará en el plan que evite la infección de las áreas de lesión.

Intervenciones

- Realizar desbridamiento de las áreas quemadas lo antes posible para acelerar el proceso de cicatrización y evitar la infección.
- Aplicar en las áreas de lesión compresas empapadas con agente antimicrobiano y desbridante que arrastre el tejido necrosado.
- Cubrir las áreas con colgajos o con injertos libres de piel.
- Evitar complicaciones derivadas de los injertos, como pérdida o desprendimiento, aparición de bridas retráctiles, discromías, etc.
- Administrar dieta mediante nutrición parenteral o enteral, rica en hidratos de carbono, lípidos y vitaminas, para una mejor regeneración cutánea.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con traumatismo cutáneo en epidermis y dermis superficial (en quemaduras epidérmicas y dérmicosuperficiales)

Objetivo:

El paciente participará en el plan que promueva la cicatrización progresiva de los tejidos.

Intervenciones

- Realizar las curas de modo aséptico para evitar la infección.
- Lavar con jabón antiséptico (no colorante) y suero salino.
- Proceder al recorte de las flictenas.
- Aplicar sustancia tópica hidratante.
- No soplar y evitar corrientes de aire durante la realización de las curaciones.

- No administrar antibióticos que podrían entorpecer el proceso de cicatrización.
- En caso de congelación, nunca sumergir la zona quemada en agua caliente.
- Dieta nutritiva que acelere la cicatrización.

Trastorno de la imagen corporal relacionado con traumatismo cutáneo y cirugía (En quemaduras dérmico profundas y sub-dérmicas)

Objetivo:

El paciente deberá demostrar aceptación de su aspecto, identificar mecanismos de afrontamiento positivo, iniciando nuevos sistemas de apoyo.

Intervenciones

- Animar al paciente a hacer preguntas sobre su problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico.
- Proporcionar intimidad y ambiente seguro.
- Favorecer el movimiento de las áreas de lesión para evitar secuelas funcionales.
- Promover el contacto con otras personas con un problema de salud similar.
- Potenciar su autoestima.
- Fomentar las actividades de apoyo familiar.
- Animarle a que se mire las áreas quemadas, pidiéndole que participe en los cuidados lo máximo posible.
- Enseñarle modos de ocultar las cicatrices.
- Proporcionar apoyo psicológico.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.

Como ya habíamos mencionado, y a manera de conclusión, en la fase intermedia del cuidado del paciente quemado, enfermería juega un rol

muy importante en el proceso de recuperación del paciente, y entre las actividades que debe continuar realizando, rescatamos las siguientes:

- Evaluación continua del paciente quemado, identificando y señalando las alteraciones hemodinámicas, cicatrización de heridas, respuestas psicosociales y señales de complicaciones, como la insuficiencia cardíaca congestiva, sepsis, insuficiencia respiratoria aguda, síndrome de angustia respiratoria del adulto y lesión visceral (quemadura eléctrica).
- Monitoreo y manejo adecuado del dolor, ingesta calórica, peso, hidratación general, nivel de consciencia, y hemorragias excesivas de las áreas adyacentes de la exploración quirúrgica e injerto.
- Intensificar las técnicas de aséptica.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

JEAN WATSON

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO

Jean Watson, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. (12)

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

En esta teoría enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos. (12)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Quemadura.-** Es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.
- **Manejo inicial del paciente quemado.-** Cuidados inmediatos que recibe un paciente en una unidad de urgencias después de haber sufrido una injuria por calor, independientemente de la fuente de calor, la cual inicia con la secuencia ABC.
- **Cuidado de las quemaduras.-** Según nuestro trabajo, el cuidado de la quemadura es toda acción realizada por el profesional de enfermería vinculada a la preservación, conservación y/o buena evolución de las áreas del paciente lesionas por el calor.
- **Tratamiento tópico.-** Aplicación tópica de pomadas y/o cremas antimicrobianas de amplio espectro, que limiten el crecimiento de microorganismos, evitando infecciones de las heridas por quemaduras.
- **Terapia nutricional.-** Aporte adecuado de calorías, proteínas y micronutrientes, que eviten la pérdida de peso y masa corporal, favoreciendo además el proceso de cicatrización de las quemaduras.
- **Manejo del dolor.-** Acciones propias de enfermería que no solo apuntan al hecho de ayudar a manejar esta sensación del paciente,

sino cumplir con una de nuestras responsabilidades fundamentales del ejercicio profesional de enfermería que es "Aliviar el sufrimiento".

- **Aspectos psicológicos del dolor.-** Impacto emocional que padece una persona que ha sufrido una quemadura, que varía por varios factores como las circunstancias que rodearon el accidente, y el estado psicológico anterior del paciente, dentro de los efectos fisiológicos y psicológicos del trauma térmico, el estrés postraumático cobra gran importancia en el quemado.
- **Diagnósticos de Enfermería en pacientes con quemaduras.-** Enunciados que describen los problemas y/o alteraciones de la salud del paciente que ha sufrido quemaduras, los cuales han sido validados con signos y síntomas identificados durante la valoración.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la realización del presente informe de experiencia profesional, se revisaron los registros de atención de enfermería, historias clínicas, datos estadísticos; y registros de atenciones de pacientes que ingresaron por algún tipo de quemaduras al servicio de cirugía especialidades del Hospital Daniel Alcides Carrión.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia profesional inicia en el Rural Urbano Marginal (SERUM) que lo realice en el Centro de Salud Playa Rímac, que pertenece a la región Callo, bajo la modalidad equivalente, experiencia que me valió mucho en mi desempeño profesional y fije los conocimientos adquiridos. Posteriormente ingrese al Hospital Daniel Alcides Carrión en el año 1995, con el cargo de enfermera asistencial, desempeñándome en las diferentes áreas de enfermería.

En la Unidad de cirugía plástica y quemados, vengo laborando como enfermera asistencial, lugar en el cual adquirí mucha destreza en el manejo de pacientes quemados, experiencia que sigo desarrollando desde 1995.

En la Unidad de Quemados también desempeñe cargo de jefatura relevando el puesto de la jefa de la Unidad, en distintos periodos.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Mi experiencia laboral lo realice en el servicio de cirugía plástica donde laboro desde 1995 hasta la actualidad.

La Unidad de Quemados fue fundado el 16 de marzo de 1994 en el Hospital Daniel Alcides Carrión, debido a la necesidad imperiosa de

brindar cuidados especializados en la zona chalaca, por ser primera zona de riesgo y no contando con el servicio especializado de Cirugía Plástica y Quemados.

La Unidad brinda los siguientes servicios:

- Atención Integral al paciente quemado
- Se realiza intervenciones como limpieza quirúrgica.
- Xenoinjerto, autoinjerto.
- Rehabilitación a los pacientes quemados.

Contamos con personal especializado, médicos, enfermeras y técnicos de enfermería.

Contamos con la guía de intervención en bioseguridad en pacientes quemados.

Durante mi desempeño en el servicio de la Unidad de Quemados, me desempeñé como enfermera asistencial brindando cuidados de enfermería al paciente gran quemado, en la labor asistencial, administrativo y docencia en investigación en la labor asistencial, haciendo uso del:

- PAE (Proceso Asistencial de Enfermería), aplicando la teoría de Watson, para la atención directa.
- He elaborado guía de intervención de enfermería.
- Guía de curación en el paciente quemado.
- Protocolos.
- Mi intervención ha sido de mucha importancia en el manejo de indicadores.
- Capacitación en el servicio con el personal, como educación en el paciente y cuidado.
- En varias oportunidades reemplacé a la jefatura, donde mi función netamente fue administrativa, sin problema alguno.

RESUMEN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Atención inicial del paciente quemado

1. Realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD (vía aérea, respiración, circulación y estado neurológico).
2. En caso de necesidad de reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre.
3. Administrar el analgésico indicado, preferentemente por vía intravenosa.
4. Retirar todos los objetos y ropa próxima a la zona de quemadura, y aquella que esté impregnada del producto causante de la quemadura.
5. Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.
6. Si el edema está presente elevar la zona afectada.
7. Si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel.
8. Irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío (15 grados) durante unos 20 - 30 minutos. Detenerla de forma inmediata si la temperatura corporal es igual o inferior a 35° C.
9. En quemaduras oculares irrigación continua, preferiblemente a través de un bolsa/botella de suero intravenoso de cloruro sódico al 0,9% conectada a un sistema de infusión.
10. Valorar la colocación de sonda urinaria para mantener la permeabilidad uretral y/o controlar diuresis.
11. En quemaduras mayores administrar profilaxis de úlcera por estrés según prescripción médica.
12. Valorar la coexistencia de otras patologías.
13. Evaluar la necesidad de profilaxis antitetánica.
14. Evaluar el tamaño y la profundidad de la quemadura.

Atención de la quemadura.

15. Quemaduras epidérmicas superficiales:

- a) Aplicación de un vendaje de protección o productos en crema (emolientes).
- b) Revisar cada 48 horas.

16. Quemaduras dérmicas:

- a) Administrar analgesia adecuada.
- b) Limpiar la herida con cloruro de sodio al 0,9% o agua del grifo tibia.
- c) Retirar con cuidado cualquier resto de tejido necrótico o desvitalizado mediante desbridamiento cortante, enzimático o autolítico.
- d) Siempre que sea posible dejar las ampollas intactas. Considerar aspirar aquellas ampollas grandes y aquellas que puedan romperse (muy tensas) o se encuentren en una zona incómoda.
- e) Cubrir la herida con un apósito primario no adherente.

IV. RESULTADOS

Cuadro 4.1

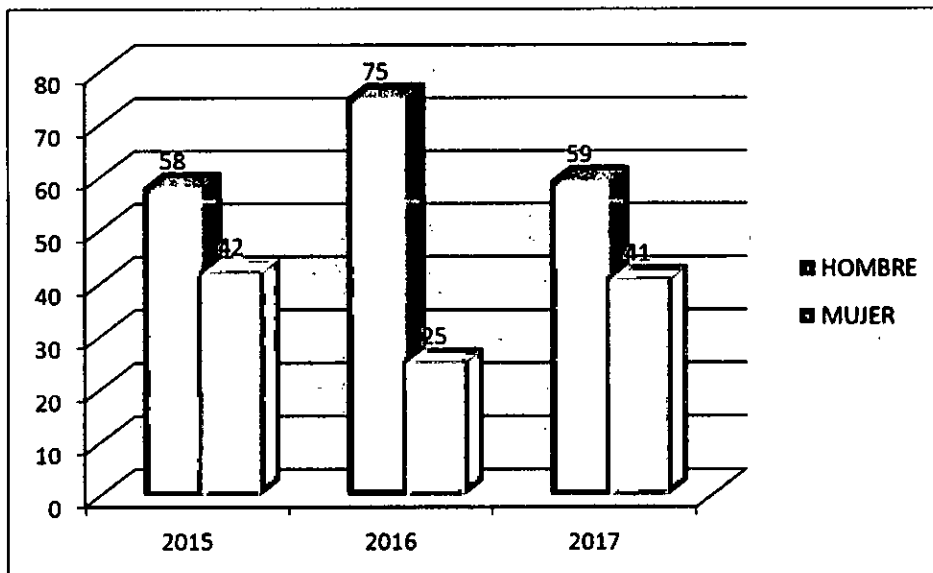
Número de casos de pacientes con quemaduras, por año, Servicio de cirugía plástica y quemados, según sexo, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015-2017

AÑO	SEXO				TOTAL	
	HOMBRE		MUJER			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2015	25	58	18	42	43	100
2016	18	75	6	25	24	100
2017	19	59	13	41	32	100

Fuente: Oficina de Estadística H.N.D.A.C. 2015-2017

Gráfico 4.1

Número de casos de pacientes con quemaduras, por año, Servicio de cirugía plástica y quemados, según sexo, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015-2017



De acuerdo a la gráfica podemos observar que se ha producido más quemaduras en pacientes hombres con un 75% en el año 2016, que en mujeres con un 42% en el año 2015, de acuerdo a la tendencia de años incluidos en el estudio, la mayoría de las quemaduras en los pacientes hombres fue de origen laboral, mientras que en las mujeres fue de origen doméstico.

Cuadro 4.2

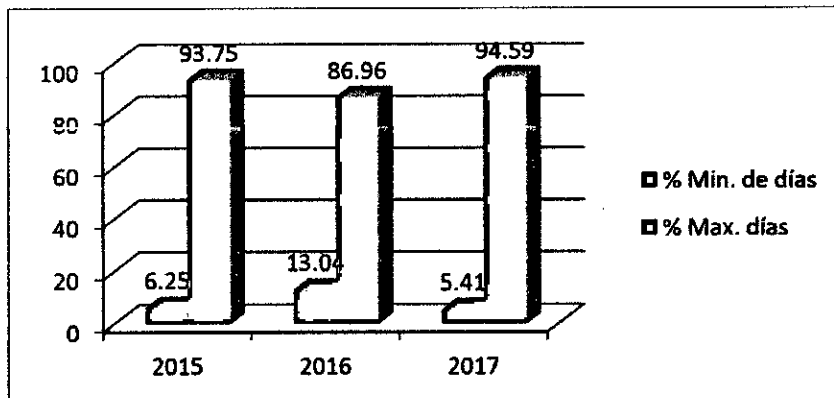
Distribución por año de pacientes con quemaduras, según el promedio de días de estancia hospitalaria, Servicio de cirugía plástica y quemados, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015-2017

Años	Número mínimo de días	% mínimo de días	Número máx. De días	% máximo de días	Total
2015	6	6.25	90	93.75	96
2016	6	13.04	40	86.96	46
2017	6	5.41	105	94.59	111

Fuente: Oficina de Estadística H.N.D.A.C. 2015-2017

Gráfico 4.2

Distribución por año de pacientes con quemaduras, según el promedio de días de estancia hospitalaria, Servicio de cirugía plástica y quemados, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015-2017



En la gráfica 4.2 podemos observar que en los años 2015 y 2017 se registró mayor número de hospitalizaciones en el servicio de cirugía producto de quemaduras, tendiendo promedios de días de hospitalización que van desde los seis días (6.25%) hasta los 105 días (94.54%).

Cuadro 4.3

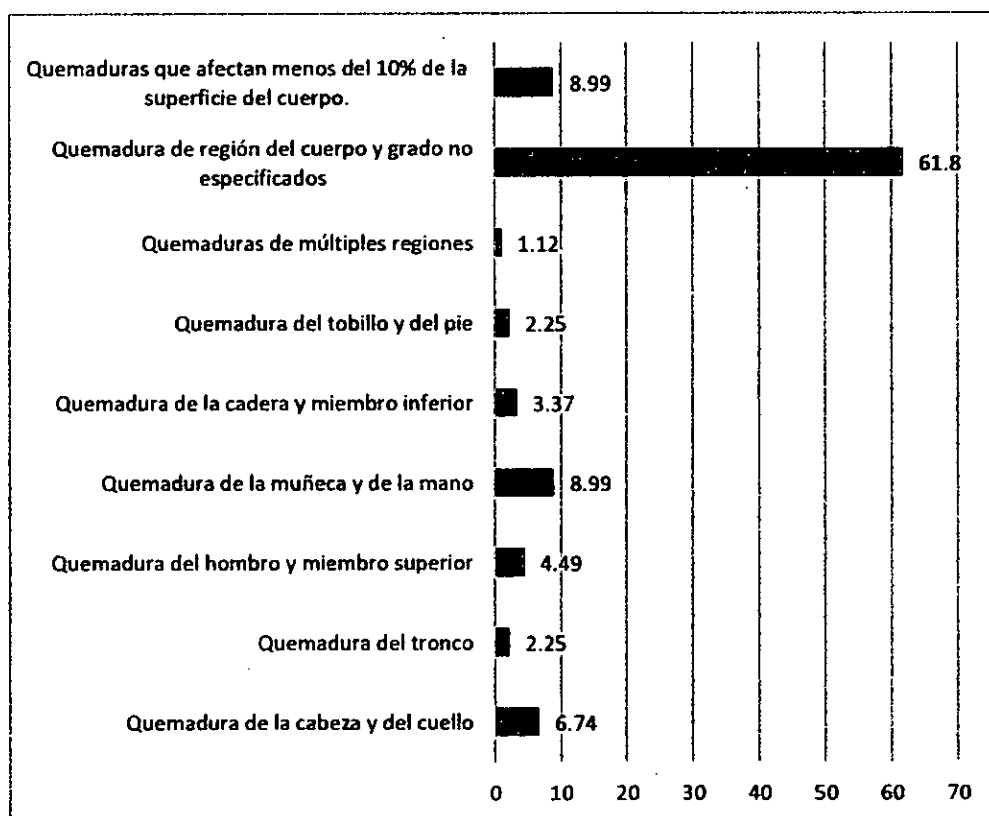
Número de casos de pacientes con quemaduras según diagnóstico por CIE10, Servicio de Cirugía plástica y quemados, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

CIE 10	DIAGNÓSTICO	Nº	%
T20	Quemadura de la cabeza y del cuello	6	6.74
T21	Quemadura del tronco	2	2.25
T22	Quemadura del hombro y miembro superior	4	4.49
T23	Quemadura de la muñeca y de la mano	8	8.99
T24	Quemadura de la cadera y miembro inferior	3	3.37
T25	Quemadura del tobillo y del pie	2	2.25
T29	Quemaduras de múltiples regiones	1	1.12
T30	Quemadura de región del cuerpo y grado no especificados	55	61.90
T31	Quemaduras que afectan menos del 10% de la superficie del cuerpo.	8	8.99
TOTAL		89	100.00

Fuente: Oficina de Estadística H.N.D.A.C.

Gráfico 4.3

Número de casos de pacientes con quemaduras según diagnóstico por CIE10, Servicio de Cirugía plástica y quemados, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.



En la gráfica 4.3, observamos el número de casos de pacientes quemados en el Servicio de Cirugía plástica y quemados, según los códigos CIE10; en ella el código T30 (Quemadura de región del cuerpo y grado no especificados) predominó con el 61.80%, seguido por el T23 (Quemaduras de la muñeca y de la mano) con el 8.9% y por último el T31 (Quemaduras que afectan menos del 10% de la superficie del cuerpo) con el mismo porcentaje 8.9%. No ha sido posible clasificar la incidencia de las quemaduras por su gravedad o afectación de la piel, debido a que en la mayoría de los diagnósticos utilizados en el CIE10, han clasificado las quemaduras con un grado no especificado.

V. CONCLUSIONES

- a) En el presente trabajo se describen las practicas seguras del cuidado de enfermería en los pacientes quemados, por ello nos permite actualizar y afianzar los conocimientos y prácticas para así aumentar el nivel de calidad en el cuidado.

- b) La práctica clínica diaria en el servicio de cirugía plástica y quemados ha permitido adquirir experiencia y destreza en el manejo del paciente quemado y también reconocer precozmente las complicaciones.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Ejecutar un programa anual de capacitación en el servicio sobre las practicas seguras del cuidado de los pacientes quemados ello nos permitirá fortalecer las capacidades del profesional de enfermería.

- b) Implementar los registros de Atención de Enfermería de los Pacientes Quemados donde pueda incluir aspectos relevantes para identificar complicaciones; que puedan presentar los pacientes durante su estancia hospitalaria, ello nos permitirá una valoración minuciosa.

VIII. REFERENCIALES

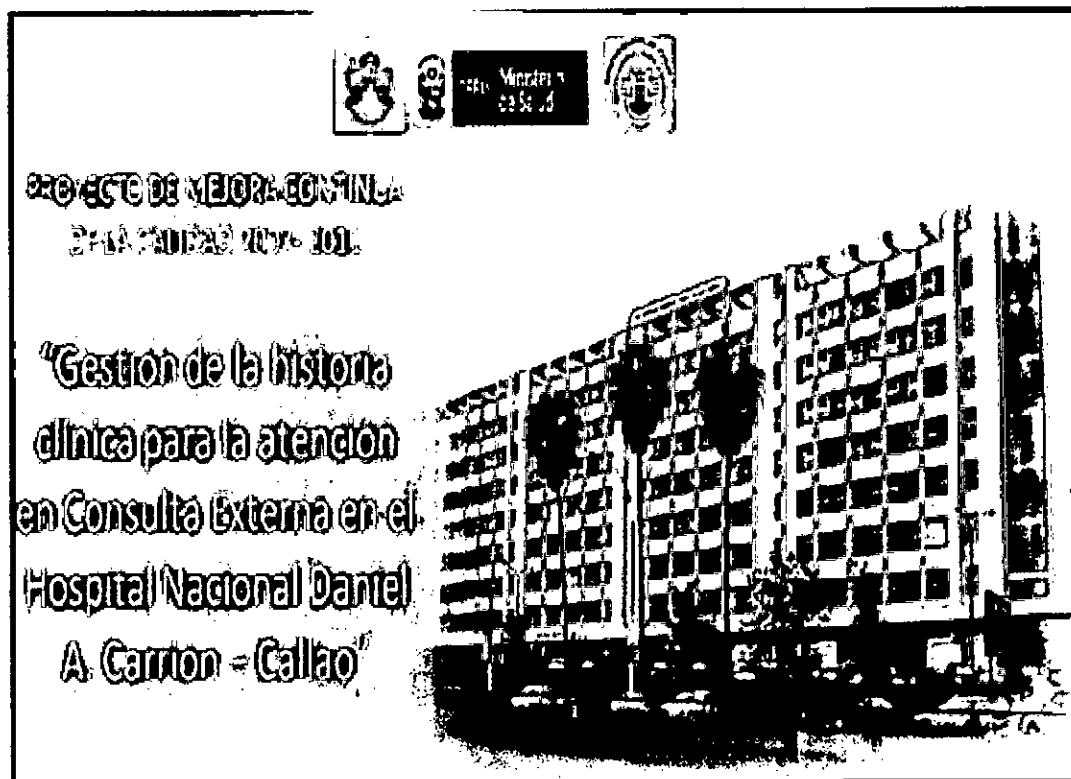
1. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; C2016 [citado 30 May 2017]. Nota de Prensa "Quemaduras" [aprox. 3 pantallas]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
2. TORRE BELTRAMI C, Ortega Martínez JI, Valero Gasalla JL. Tema 86. Fisiopatología. Clasificación. Resucitación del gran quemado. Manejo médico de quemados no extensos. Cirugía de urgencia. En Manual de Cirugía Plástica
3. DE LOS SANTOS González C.E. Clasificaciones. En: De Los Santos González C.E. Guía Básica para el tratamiento del paciente quemado [en línea]. 2ª edición. Electrónica. España. Ed. Libros-electrónicos.net. 2004.Reparadora y Estética.
4. VALBUENA Carla. Maracaibo–Venezuela, en su tesis titulada: "Frecuencia del paciente quemado en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital Universitario de Maracaibo". 2013
5. LOÁISIGA Castillo, Belkania Paola (2016) Nicaragua, titulado: "Conocimientos Actitudes y prácticas del personal de enfermería en la atención pediátrica en la unidad de quemados hospital vivian pellas managua, ii semestre 2016.
6. ENRÍQUEZ Rodríguez N, en Coruña – España, elaboró un Plan de cuidados a un paciente quemado, en base a un caso clínico, sus objetivos fueron por un lado realizar una valoración integral de enfermería desde una perspectiva holística de un paciente que ha sufrido quemaduras en el 20% de la superficie de su cuerpo y, por otro lado establecer un plan de cuidados personalizado utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC. 2015-2016
7. CERDA López, Asteria Amanda, Poccorpachi Peralta, Gloria Esther, Vergara Dagobet, Margelis del Carmen(2014) Satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia de

pacientes pediátricos quemados, consulta externa, Instituto Nacional Salud del Niño - San Borja, Lima, enero - mayo 2014

- 8. MELGAREJO L. en el año 2008, realizó un trabajo denominado "Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados del IESN**
- 9. Enríquez Rodríguez N. Plan de cuidados a un paciente quemado: a propósito de un caso. (Tesis de Grado). Coruña: Universidad de Coruña; 2015-2016.**
- 10. Asteria Amanda Cerda López; Satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia de pacientes pediátricos quemados, Instituto Nacional Salud del Niño; enero - mayo 2014. URL disponible en:
<http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/195>**
- 11. Melgarejo L. Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados. (Tesis de Grado). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.**
- 12. Teoría de Watson**

ANEXOS

FRONTIS HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

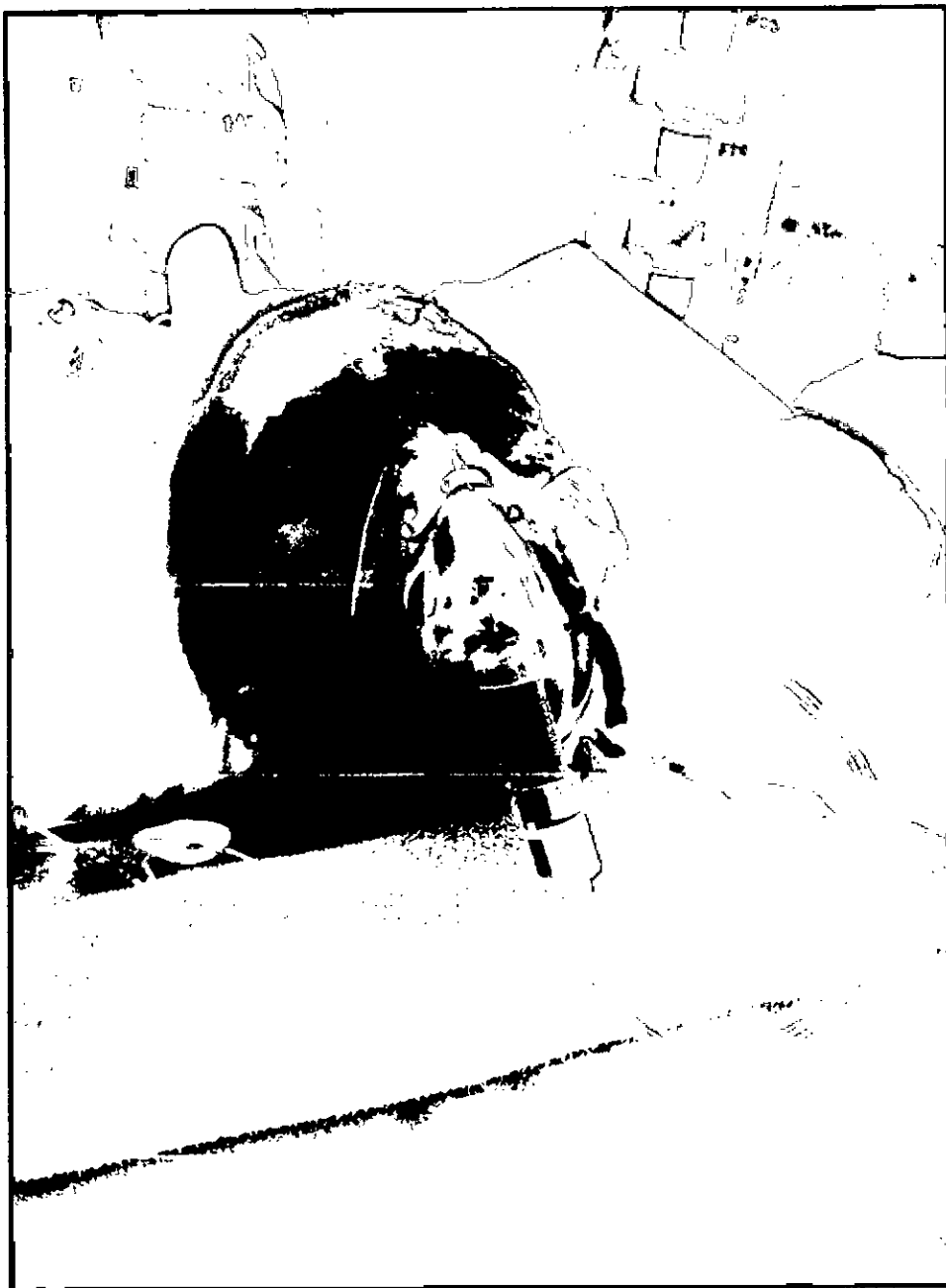


Fuente: Propia, 2017

PACIENTES

Paciente Gran Quemado





Quemadura de tercer grado profundo



Quemadura de segundo grado profundo



CURACIONES DE HERIDAS A PACIENTES QUEMADOS

