

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUEMADOS POST
OPERADOS DE AUTOINJERTO EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2015-2017**

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

CEFERINA TACURI HUARCAYA

Juan E. López de Soria

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS | VOCAL |

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 312

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 25/05/2018

Resolución Decanato N° 1255-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo 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	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	8
1.3 Justificación	8
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	11
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
3.1 Recolección de Datos	21
3.2 Experiencia Profesional	24
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	27
IV. RESULTADOS	29
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIALES	39
ANEXOS	41

Introducción

El presente informe tiene como objetivo plasmar la experiencia profesional en la Unidad de Quemados del Hospital Regional del Cusco, con énfasis en la atención quirúrgica del paciente quemado (Injerto de piel) así como la determinación de los factores de incidencia de los accidentes de quemaduras en la región del Cusco en base a los datos de atención en el Hospital Regional – Cusco así como a la formulación de un Plan de Gestión del Servicio de Unidad de Quemados en el contexto de la información de incidencia y del diagnóstico del servicio.

La Unidad de Quemados, en la Estructura Orgánica del Hospital Regional del Cusco (HADC) se constituye como una de las cuatro Áreas del Departamento de Cirugía denominado este último como Órgano de Línea. La Unidad de Quemados es una unidad especializada única en la Región que brinda la atención a pacientes quemados cuya cobertura trasciende el ámbito regional, pues la atención abarca a pacientes que provienen también de las regiones de Madre de Dios, Apurímac e inclusive de Puno.

El método de registro de información y evaluación contempla el análisis de la información de los años 2015 a 2017 de la Unidad de Quemados del Hospital de Apoyo Departamental Cusco, la elaboración de un análisis FODA ya partir de ello la identificación de estrategias para mejorar el servicio. El promedio de atenciones entre estos años es de 4,850 atenciones por año, a pacientes hospitalizados, ambulatorios y entre otros tipos de servicios relacionados. La atención de los pacientes en la Unidad de Quemados en los años referidos, ha puesto en evidencia una serie de dificultades que pueden ser superadas con una eficiente gestión en sus diferentes niveles de competencia. Entre las principales se pueden señalar el limitado espacio para las curaciones, el reducido número de camas que limitan la atención demandada así como la falta de

capacitación y actualización permanente de todo el personal, entre otras, las cuales constituyen las principales debilidades de la Unidad.

En ese sentido, las conclusiones del informe se orientan a escenarios de motivaciones y capacidades. La vocación del personal y las gestiones para superar dificultades ha logrado en términos generales niveles aceptables de atención a los pacientes. Sin embargo, es necesario reconocer que se requiere de una adecuada planificación de las actividades, con la finalidad de lograr eficiencia, eficacia, prevención, sensibilidad y humanidad en el servicio a los pacientes quemados.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La atención de los pacientes en la Unidad de Quemados, tomando como referencia el año 2015 hasta la actualidad, ha puesto en evidencia una serie de dificultades de cobertura, atención y capacidad instalada a nivel de equipamiento y ambientes adecuados. Entre las principales se pueden señalar el limitado espacio para las curaciones, la falta de un ambiente adecuado para las curaciones, el reducido número de camas en relación a la demanda así como la falta de capacitación y actualización permanente de todo el personal, entre otras, las cuales constituyen las principales debilidades de esta unidad. Ha sido necesario -y lo es aún-, tomar medidas para satisfacer la demanda actual y potencial, para lograr la implementación de este servicio, con la finalidad de lograr eficiencia, eficacia, sensibilidad y humanidad en el servicio a los pacientes quemados.

Las estadísticas sobre el número de atenciones efectuadas en los años 2015 al 2017 tienen en promedio 4,850 atenciones por año, y constituyen cifras reales de la demanda de los servicios de la unidad de quemados del Hospital Regional, que deben ir acorde con la oferta del servicio, pues actualmente la infraestructura, el equipamiento y el personal aún son insuficientes para atender tal demanda.

La Unidad de Quemados es el único servicio público a nivel regional que funciona en el Hospital Regional del Cusco, brindando atención a pacientes quemados. Las limitaciones presupuestales por parte del Hospital Regional y del Ministerio de Salud, presentan como alternativa la realización de diferentes gestiones con el objetivo de equipar y mejorar el servicio, a través de gestiones a instituciones externas y ONGs.

Por otro lado, la rutina laboral, la presión del trabajo y los impactos emocionales al tratar pacientes afectados física y emocionalmente, hace que el personal en algunas ocasiones pierda eventualmente el sentido de sensibilidad que se manifiesta en el trato con el paciente y con sus compañeros de trabajo.

Este sistema de rotaciones, también limita las proyecciones de capacitación y especialización del personal, pues al no conocer cuánto tiempo puede permanecer en el servicio, no prevé la capacitación, porque podría resultar no funcional al ser cambiado a otro servicio de otra especialidad en cualquier momento. En ese sentido el personal se capacita y especializa en el mismo servicio, al margen de la innovación tecnológica para este tipo de atención (Quemados), y las nuevas técnicas de atención, tanto como la proyección social de prevención de los accidentes de quemaduras, como el apoyo o soporte emocional después de la atención o tratamiento. Este aspecto se hace evidente al contar con un solo Psicólogo para atender las afectaciones emocionales que devienen de las quemaduras.

c. A nivel de Proyección Social.

La proyección social se traduce en la falta de campañas de sensibilización y prevención de los accidentes de quemadura, en el ámbito de la Región. Sobre todo en grupos sociales clave como son las Madres de Familia, pues según los indicadores, se tiene entre los ingresos y hospitalización a niños menores de 10 años en más de un 50%.

Por otro lado, el seguimiento Post atención es otro aspecto desatendido. Las quemaduras y las cicatrices propias de ellas producen en los pacientes graves trastornos emocionales, que lo llevan a cuadros

La importancia de sistematizar la experiencia radica en los siguientes puntos:

En base a los datos de incidencia, ingresos y atenciones en los últimos años permitirá planificar el servicio de atención a los pacientes tanto a nivel de equipamiento, infraestructura y medicamentos.

En base al informe de la incidencia de quemados, permitirá elaborar planes de gestión del servicio de Unidad de Quemados, planificar la capacitación del personal en los diferentes niveles de atención: Prevención, Curaciones y Post atención.

El informe de experiencia permitirá sustentar la necesidad de mejorar la calidad del servicio en los diferentes niveles de atención en la Unidad de Quemados, para lograr una eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos y la excelencia en la atención a los pacientes. Asimismo permitirá mejorar los procesos de cuidados de enfermería a los pacientes quemados, incidiendo en la importancia de las atenciones quirúrgicas de auto injerto.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Existen una serie de investigaciones asociadas a la atención de pacientes de quemados. Ponemos énfasis en aquellas investigaciones que resaltan el plan de cuidados de pacientes quemados. Podemos citar la investigación titulada "Plan de cuidados a un paciente quemado: a propósito de un caso", realizada por Nerea Enríquez Rodríguez. Aporta al conocimiento en el sentido de que se elabora un plan de cuidados individualizado empleando las taxonomías NANDA, NOC y NIC para identificar diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones enfermeras, respectivamente. Se aplica el modelo AREA, y se establecen como diagnósticos principales "dolor agudo" y "conocimientos deficientes". Se realiza un plan de cuidados individualizado y posteriormente se lleva a cabo un seguimiento del paciente durante los días que permanece ingresado para valorar su evolución.

NANDA, NOC y NIC, constituyen parámetros que provienen de parte de una comunidad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar a nivel global el diagnóstico de enfermería. Fue fundada para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. (NANDA, por sus siglas en inglés, antes llamada North American Nursing Diagnosis Association; NIC, por sus siglas en Inglés Nursing Interventions Classification, Clasificación de intervenciones de enfermería; NOC, Nursing Outcomes Classification, Clasificación de resultados de enfermería).

Otra investigación de relevancia para el tema asociado al presente informe, es la titulada "Cuidados en enfermería en pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Teófilo Dávila durante el período

destrucción total de los tejidos implicados. Producen tres efectos: pérdida de líquidos, pérdida de calor, lo que puede causar hipotermia y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección.

Podemos comprender el contexto de las quemaduras desde su clasificación:

- **Según la profundidad**

Es importante resaltar que la evaluación inicial de la profundidad de las quemaduras es con frecuencia un ejercicio difícil debido al carácter dinámico que presentan durante las primeras 48-72 horas, por lo que se debe valorar de nuevo a los 2 o 3 días

- **Quemaduras epidérmicas o de primer grado**

Son las más superficiales y dolorosas, afectando únicamente a la epidermis. Exteriormente se distinguen por ser lesiones eritematosas, levemente inflamatorias, donde se conserva la integridad de la piel.

- **Quemaduras dérmicas superficiales o de segundo grado superficial**

Dañan el estrato dérmico de forma parcial, afectando sólo dermis papilar. Con frecuencia aparecen flictenas o ampollas intactas como resultado del edema subyacente. Son también dolorosas y de aspecto rosáceo y si se retiran las flictenas la imagen es clásicamente descrita como un "rocío hemorrágico" (exudativas e hiperémicas)

- **Quemaduras dérmicas profundas o segundo grado profundo**

se extiende a estructuras profundas como músculos, tendones y hueso. Estas quemaduras se denominan también carbonización, por lo general generadas en explosiones u donde existen traumatismos extensos

Diagnóstico

Según la extensión, se calcula como porcentaje del área corporal total. Las tablas más usadas son las de Lund Brodwer (1944) y la regla de los 9 según Polasky Y Tennison (1947). La extensión de la quemadura, es decir, la Superficie Corporal Quemada Total (SCQT), se determina utilizando distintos métodos:

- Regla de la palma de la mano
- Regla de los "nueve"
- Esquema de Lund-Browder

La regla de la palma de la mano: La cara palmar de la mano del paciente representa el 1% de la superficie corporal. Recordemos que la regla hace referencia al total de la "cara palmar" incluidos los dedos. Es útil en quemaduras de superficie y distribución irregular. La regla de los nueve: aplicable a adultos, asigna a los distintos segmentos corporales un valor de 9 % o sus múltiplos, y 1 % a los genitales. Aunque su pronóstico va en relación a la extensión y la profundidad de la lesión, hay ciertas zonas corporales (manos, pies, cara y perineo) que por sí solas producen importantes lesiones. La evolución de un paciente quemado depende del tipo de agente de la lesión, el tiempo transcurrido y su intensidad, el tipo de paciente (según edad y comorbilidades) y la calidad de tratamiento que se brinda en la etapa aguda.

Tratamiento

El trauma por quemaduras es uno de los más severos. Se debe detener el mecanismo que origina el daño como: interrumpir la

Tratamiento quirúrgico de la quemadura:

Escarotomía

Las quemaduras profundas circunferenciales pueden producir un efecto de "torniquete", por lo tanto requieren una vigilancia especial. En el marco de los cuidados de enfermería, las extremidades deben colocarse en posición elevada y explorarse cada dos horas. El primer signo es el dolor intenso, en niños es muy difícil la evaluación de pulsos distales y sobre todo en presencia del edema propio del quemado. Ante la sospecha clínica se debe realizar la escarotomía. Este procedimiento se realiza sin anestesia en adultos, pero en niños siempre es mejor realizarlo bajo anestesia general. Luego de la preparación de la zona con una solución antiséptica, con bisturí se abre la escara. Una vez, se relajan los tejidos comprimidos, puede producirse un sangrado profuso que mejora mediante la compresión directa, el electrocauterio, la ligadura de vasos visibles y la elevación. En algunos casos es necesario utilizar sustancias tópicas, como la aplicación de compresas húmedas empapadas con adrenalina. Otras complicaciones por este procedimiento son: daño del tejido sano subyacente, introducción de gérmenes en la profundidad de la herida y lesión de estructuras nerviosas superficiales si no se aplican los detalles técnicos.

Escarectomía

Las quemaduras de segundo grado profundo y las de tercer grado deben tratarse mediante resección quirúrgica temprana o extirpación de la escara (1 – 4 días tras la quemadura). La extirpación retira tejido desvitalizado, evita la sepsis por debajo de la escara y permite cerrar la herida antes, acortando la hospitalización y mejorando el resultado funcional y estético. Si la lesión es extensa y la supervivencia del paciente es dudosa, se deben extirpar primero las áreas más

afectadas para reducir drásticamente el volumen de quemadura abierta. Las áreas que suelen tratarse inmediatamente y que reciben los injertos satisfactoriamente son espalda, tórax y abdomen. No se debe realizar extirpación de más del 30% del área quemada, incluyendo las zonas donantes.

Injertos cutáneos

Los injertos son un segmento de tejido que ha sido privado totalmente de su irrigación y del punto de unión a la zona donante antes de ser transferido a la zona receptora.

Clasificación

- Autoinjerto (el tejido proviene del mismo individuo).
- Isoinjerto (proviene de individuos genéticamente idénticos)
- Aloinjerto u homoinjerto (proviene de individuos de la misma especie).
- Xenoinjerto o heteroinjerto (proviene de individuos de distinta especie) –

Auto injerto

Un injerto de piel es una porción de piel sana de una persona que se extirpa quirúrgicamente para cubrir el área afectada por una quemadura.

Se toma piel sana de un lugar en el cuerpo, llamado el sitio donante. A la mayoría de las personas que se someten a un injerto de piel les practican un injerto de piel de grosor parcial, en el cual se toma piel de las dos capas cutáneas superiores del sitio donante (la epidermis) y de la capa por debajo de la epidermis (la dermis).

- Una herida que el cirujano no ha sido capaz de cerrar apropiadamente
- Los injertos de grosor total se hacen cuando se pierde mucho tejido, lo cual puede suceder con fracturas abiertas de la parte inferior de la pierna o después de infecciones graves.
- Zonas donde ha habido infección que causó una gran cantidad de pérdida de piel

- Curaciones.
- Autoinjerto.
- Curaciones Quirúrgicas.
- Baño de los Pacientes.

Actualmente la Unidad de Quemados del H.R. en cuanto a la infraestructura física es bastante reducida en función a la demanda de pacientes quemados que se tiene.

El Servicio de U.Q. cuenta con el siguiente equipamiento e infraestructura:

- 6 ambientes, cada uno con tres camas.
- 1 ambiente "Estar" de Enfermería.
- 1 ambiente de curaciones.
- 1 ambiente de fisioterapia.
- 1 ambiente de recreación, especialmente para niños.

Por otro lado, se presenta un breve análisis de la incidencia de quemados en los últimos años así como los factores relacionados a ellos, para que en base a dicha información se sustente los lineamientos de la propuesta de un Plan de Gestión de la Unidad de Quemados del Hospital Regional del Cusco. La propuesta debe elaborarse en base a los enfoques actuales de gestión, y centrarse fundamentalmente en la forma como se puede gestionar adecuada y efectivamente el fortalecimiento y equipamiento de la Unidad, la capacitación al personal, proyección social para la prevención y recuperación emocional post atención, por ahora en el corto y mediano plazo.

La Unidad de Quemados, en la estructura orgánica del Hospital Regional (HADC) se constituye como una de las cuatro Áreas del Departamento de Cirugía. Es una unidad especializada, única del sector público en la región del Cusco que brinda la atención a pacientes quemados cuya cobertura abarca a pacientes que provienen de las regiones de Madre de Dios, Apurímac y Puno. Durante los años 2015 al 2017 la Unidad de Quemados ha realizado en promedio alrededor de 4,850 atenciones (curaciones) por año a pacientes hospitalizados, ambulatorios y de otros servicios. Así, el número de hospitalizados (ingresos) por año supera los 100 pacientes y llegando cerca a los 200, según los datos de la Unidad de Quemados (Libro de Censos y Cuaderno de Curaciones) 2015 - 2017.

3.2. Experiencia profesional

Mi experiencia profesional como Licenciada en Enfermería deviene de la vocación por esta noble profesión. Realicé mis estudios universitarios en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco en la Facultad y Carrera Profesional de Enfermería culminando mis estudios el año 1986. Egresada el 2016 de la Maestría en Salud Pública con Mención en Gerencia en Servicios de Salud, también en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, a través de la Escuela de Post Grado.

Con 24 años de experiencia profesional como enfermera, de los cuales 15 años como enfermera asistencial, 9 años en la jefatura de diferentes servicios, en cuyos años también se ejerció la docencia a nivel práctico en los servicios del Hospital Regional a alumnas(os), practicantes y tesis de las carreras profesionales de enfermería, obstetricia, medicina de universidades y de institutos superiores de la región y del país. Tengo además 28 años de servicio en el Hospital Regional, 24 años como enfermera y 4 años como técnico en enfermería.

IV. Resultados

4.1. La gestión de los cuidados de enfermería se exponen en torno a una incidencia de pacientes quemados que provienen de la zona sur de nuestro país, siendo la Unidad de Quemados la única instancia de atención, en correspondencia a los siguientes datos:

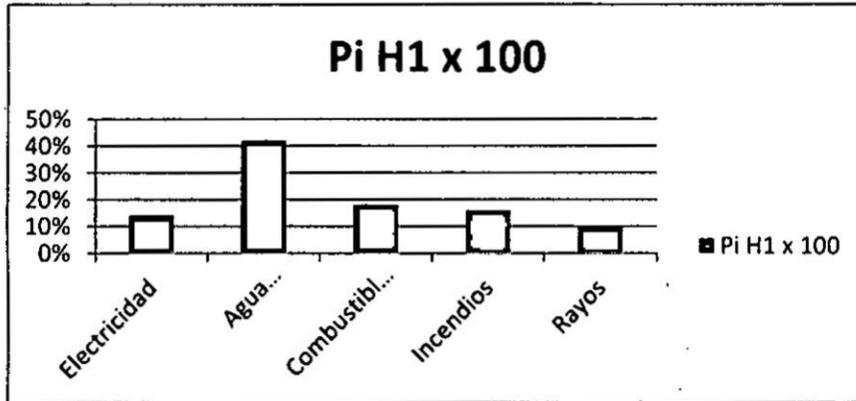
Cuadro N° 02
Causas de Incidencia y Frecuencias de Quemaduras atendidos en la
Unidad de Quemados del Hospital Regional - 2016

Causas de Incidencia	F Absoluta	F Acumulada	F Relativa	F Relativ/Acumul	Pi H1 x 100
Electricidad	11	11	11/77: 0.14	0.14	14%
Agua Hervida	32	43	32/77: 0.42	0.56	42%
Combustibles	14	57	14/77: 0.18	0.74	18%
Incendios	12	69	12/77: 0.16	0.90	16%
Rayos	8	77	8/77: 0.10	1.00	10%
TOTAL	77				

Fuente: Unidad de Quemados 2017.

Las causas de incidencia de pacientes quemados según la prospección, se tiene que en mayor medida con una proporción del 42% las causas de quemadura son por agua hervida, seguida por quemaduras de por combustibles (18%), incendios con 16%, quemaduras por electricidad con un 14% y por rayos con un 10%. Un aspecto adicional a la causa que tiene mayor proporción de quemados, es que en un 95%, los quemados por agua hervida, son niños menores de 10 años.

Figura N° 01
Gráfico de Incidencia y Frecuencias de Quemaduras atendidos en la
Unidad de Quemados del Hospital Regional - 2016



Fuente: Unidad de Quemados 2017.

Para el año 2016, se ha elaborado el siguiente registro de ingresos de pacientes quemados:

Cuadro N° 03
Estadísticas de Ingresos de pacientes quemados del 2015 - 2017

Mes	Ingresos 2015	Ingresos 2016	Ingresos 2017	N° Auto injertos 2017
Enero	10	08	11	03
Febrero	10	09	09	05
Marzo	15	11	20	06
Abril	20	13	25	08
Mayo	18	12	17	05
Junio	16	09	15	06
Julio	10	08	10	05
Agosto	16	13	15	04
Setiembre	20	11	24	05
Octubre	10	03	10	02
Noviembre	22	09	24	05
Diciembre	16	12	16	06
Totales Parciales	183	118	195	60

Fuente: Unidad de Quemados 2017.

- El número de pacientes hospitalizados (ingresos) entre el año 2015 y 2017 nos expone en promedio ingresos de 165 pacientes, por año.
- El número de pacientes que son sometidos a operaciones de auto injerto es aproximadamente al 30% de los pacientes que ingresan anualmente. Por ejemplo el año 2017 se realizaron 60 operaciones de auto injerto de 195 pacientes ingresados al año.

4.2. En torno a la propuesta de alternativas planteadas están enfocadas en la identificación y el planteamiento de objetivos estratégicos para mejorar la gestión de la Unidad de Quemados, entre ellas tenemos:

- Fortalecer la infraestructura y equipamiento de la Unidad de Quemados en el período de gestión como soporte de atención al paciente quemado.
- Fortalecer las capacidades del personal de la Unidad de Quemados para lograr una eficiente y eficaz atención a los pacientes quemados, principalmente en la atención de los pacientes post quirúrgico con injerto de piel, y su respectivo plan de cuidados de enfermería.
- Proyección a la sociedad en los aspectos de Prevención y Recuperación Física y Emocional del paciente quemado.
- Entre las estrategias implementadas se tienen:

- Gestionar la mejora de la Infraestructura y Equipamiento de la Unidad de Quemados ante instancias como el Gobierno Regional, MINSA, ONGs, Fundaciones, entre otros.
- Gestionar la Capacitación virtual y presencial del personal para la atención al paciente quemado de manera periódica.
- Promover campañas de sensibilización social para disminuir los accidentes de quemaduras, así como promover la atención y seguimiento post tratamiento del paciente quemado.
- En términos generales se pretende Asegurar la calidad de atención al paciente quemado.
- Del mismo modo Buscar el desarrollo profesional de los Recursos Humanos a partir de la capacitación y sensibilización buscando mejoras en el proceso de atención al paciente.

Otro aspecto importante implementado desde la experiencia de la suscrita es la realización de un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Amenazas y Debilidades de la Unidad de Quemados que nos permita implementar los objetivos y las estrategias planteadas.

Cuadro N° 04
Identificación, Priorización de Problemas, Objetivos, Metas
al 2021

Problema Priorizado	Objetivo	Meta	Actividad	Cronograma
Insuficiencia en los tres campos propuestos:				
1. Infraestructura y Equipamiento	Fortalecimiento de la Infraestructura y Equipamiento en la UQ.	Al tercer año la infraestructura y equipamiento de la UQ ha mejorado sustancialmente.	Gestión para donaciones y atención a través de recursos ordinarios. Inicio de la gestión para la formulación de un Proyecto de Inversión Pública.	
2. Personal y Capacitación	Fortalecer las capacidades del personal de UQ.	Al segundo año se ha capacitado a todo el personal de UQ en diferentes temas básicos. Plan de Cuidados de enfermería al segundo año.	Charlas virtuales y presenciales. Coordinación permanente para la gestión del personal de UQ.	
3. Proyección Social	Sensibilizar y disminuir la	Al segundo año por lo menos dos	Charlas de prevención	

V. CONCLUSIONES

a. A nivel de Infraestructura y Equipamiento

Ante la existencia de Ambientes no apropiados para una adecuada atención y curación de los pacientes quemados y con una gran cantidad de equipos obsoletos para la atención de los pacientes, las acciones inmediatas contemplaron la gestión a instancias de cooperación nacional e internacional en la modalidad de Donaciones.

A mediano plazo se contempla la Gestión de un Proyecto de Inversión Pública en el Marco del Sistema Nacional de Inversión Pública – SNIP a partir de la Dirección Regional de Salud y la Unidad Formuladora del Gobierno Regional orientado al Fortalecimiento de Capacidades y equipamiento de la Unidad de Quemados para la atención de pacientes quemados del Hospital Regional del Cusco.

Este aspecto contempla actividades complementarias como un informe situacional e inventario del equipamiento de la Unidad de Quemados del HADC.

b. A nivel del Personal, Capacitación y Actualización.

Las rotaciones de personal como tal está contemplado en la gestión institucional. Sin embargo se debe propender hacia una rotación planificada, que permita a la vez planificar la permanencia del personal de Unidad de quemados y programar capacitaciones periódicas.

En ese sentido una de las primeras acciones es la coordinación permanente con las instancias correspondientes para planificar el sistema de rotaciones apropiado para la gestión de la Unidad de Quemados.

Se ha de gestionar y realizar una capacitación virtual cada trimestre en los dos siguientes años en temas de aplicación de técnicas actuales en la curación de quemados, manejo de equipos modernos, y relación con el paciente, dirigido a todo el personal de la Unidad de Quemados. La gestión se hará en coordinación y a través de las instancias correspondientes ante el Ministerio de Salud y organismos nacionales e internacionales, que virtual o presencialmente puedan capacitar al personal.

Se dará también especial énfasis a la sensibilización del personal en la atención del paciente, renovando la vocación de servicio en cada uno de los servidores de la Unidad de Quemados. Por otro lado es vital propiciar un ambiente agradable en la Unidad de Quemados promoviendo entre el personal dinámicas con los pacientes, acciones de proyección social, voluntariado y otras estrategias para recuperar física y emocionalmente al paciente quemado.

c. A nivel de Proyección Social.

Se promoverá la proyección sociala través de campañas de sensibilización y prevención de los accidentes de quemadura, en el ámbito de la Región.

Las campañas de sensibilización y prevención contempla la identificación de grupos sociales clave como son las Madres de Familia, pues según los indicadores, se tiene entre los ingresos y hospitalización a niños menores de 10 años en más de un 50%. Así se tiene a las organizaciones del Vaso de Leche, Comedores Populares, Clubes de Maternidad y Lactancia entre otros, a quienes en el marco de sus reuniones se pueda concertar charlas de prevención.

Estas charlas se coordinarán con el MINSA, Municipios, y las instancias correspondientes con la finalidad de cubrir con los costos básicos de las charlas.

En ese contexto la gestión de la Unidad de Quemados contempla la atención post tratamiento del quemado es parte de una proyección social que ha sido desatendido hasta ahora. Las quemaduras y las cicatrices propias de ellas producen en los pacientes graves trastornos emocionales, que lo llevan a cuadros de depresión críticos, sin embargo salen de alta sin un apropiado control posterior par una recuperación física y emocional.

Para ello también se construirán mecanismos de convocatoria o visita domiciliaria enfocándonos básicamente en el voluntariado para la recuperación emocional de los pacientes tratados en la Unidad de Quemados. También se contempla gestionar a Organizaciones sociales esta labor de manera compartida.

VI. RECOMENDACIONES

- a. La U.Q. a un corto y mediano plazo debe proyectarse mejorar la atención, a través del inicio de una planificación estratégica y retroalimentación de su experiencia desde la etapa de su funcionamiento.
- b. La reestructuración del servicio debe contemplar el acondicionamiento del ambiente de curaciones. En función a la gran afluencia de pacientes, de distintos ámbitos.
- c. Los responsables jefes de servicio pueden organizar charlas de Actualización de Asepsia Médica, auto injerto dirigido al personal técnico de la Unidad. Con la finalidad de fortalecer las capacidades del personal técnico de la Unidad de Quemados en el tema.
- d. Gestionar la actualización de informes y estadísticas de la atención a los pacientes por año. Con la finalidad de manejar ordenadamente los registros y datos de atención, que constituyen la información estadística de atención a los pacientes.
- e. Realizar Cursos de actualización sobre quemaduras e interrelaciones básicas entre personal y pacientes. Con la finalidad de fortalecer las capacidades del personal de la Unidad de Quemados, en los aspectos técnicos y la mejora de las relaciones humanas con los pacientes y colegas de la Unidad de Quemados.

VII. REFERENCIALES

1. **Albornoz C, Villegas J, Peña V, Whittle S. (2013).** Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago. Rev Med Chile 2013; 141: 181-186.
2. **Cubillo I. (2015).** Manejo hospitalario del paciente pediátrico con quemaduras de segundo y tercer grados, en un hospital regional. Acta médica Costarricense, Vol 57 (3), julio-setiembre 2015. ANIQUEM, Asociación de ayuda al niño quemado. Disponible en: <http://www.aniquem.org/estadisticas/>
3. **Enríquez Rodríguez, Nerea. (2016).** “Plan de cuidados a un paciente quemado: a propósito de un caso”. Universidad Da Coruña. España.
4. **Ghuzñay, Margarita. (2013).** “Cuidados en enfermería en pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Teófilo Dávila durante el período 2012 – Marzo 2013”. Cuenca – Ecuador.
5. **Guerrero TR. (2014).** Análisis de la casuística de 5 años en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador.
6. **Moctezuma L, Páez Franco, Jiménez S, Jaimes K, Focerrada G, Sánchez, González N, Albores N, Nuñez V. (2015).** Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Méd Quir 2015; 20:78-82

7. **Montalvan, S., Noriega, C. (2016).** “Participación de los padres en el cuidado al preescolar con quemaduras de II y III grado en un Hospital local, Chiclayo”. Chiclayo.

ANEXOS

Anexo 1. Acervo Fotográfico



Foto 1. Paciente con quemadura por electricidad zona dadora y zona receptora.



Foto 2. Preparación para apertura del autoinjerto.



Foto 3. Explicación a interna de enfermería pára la apertura del autoinjerto.



Foto 4. Se procede a la apertura de autoinjerto en sala de curaciones.



Foto 5. Preparación para apertura del autoinjerto – inicio del procedimiento.



Foto 6. Apertura del autoinjerto.



Foto 7. Procedimiento de curación.



Foto 8. Curación paciente con quemadura de electricidad, zona receptora.



Foto 9. Curación paciente con quemadura de electricidad, zona dadora.

