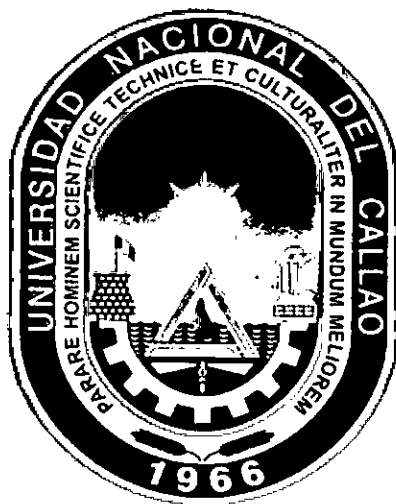


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA, 2014 - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

FRANCO COBIAN MILAGROS ROCIO

**Callao, 2017
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Franco Cobian Milagros Rocio', with a stylized flourish at the end.

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 228

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1685-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización 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	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Teórico	9
2.3 Definición de Términos	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.1 Recolección de Datos	37
3.2 Experiencia Profesional	37
3.3 Procesos Realizados del Informe	43
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	49
VI. RECOMENDACIONES	51
VII. REFERENCIALES	52
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo denominado INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL en las INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA, tiene como propósito documentar el trabajo del profesional de enfermería en el servicio de Cirugía de especialidades en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora de este nosocomio.

El presente muestra el contexto en el cual se desarrollan las actividades del profesional enfermero 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 y hacinamiento, el cuidado holístico brindado y en especial el acercamiento tan directo con el paciente quemado durante el acto del baño y curación de heridas por quemadura ha originado múltiples satisfacciones al equipo de enfermería al ver al paciente curado y salir de alta después de muchos días de hospitalización.

El informe se desarrolló mediante la utilización de las técnicas como la observación, y el análisis documentado, así como de la recolección de opiniones del personal enfermero que labora en esta unidad de quemados, siendo consolidado y resumido en el presente trabajo, que tiene como objetivo principal describir los cuidados que el profesional de enfermería realiza de manera constante en el paciente con quemadura, así como sustentar los mismos con las bases teóricas existentes.

Se espera lograr satisfacer las expectativas de los lectores, en especial de mis compañeros de clase y docente.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Según la OMS 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 es también desconocida, aunque se considera la quemadura 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 (4).

La hospitalización secundaria a quemaduras es estimada en torno a 14 casos por cada 100.000 habitantes, por lo tanto se estima que cada año 1.000 andaluces y aproximadamente 5.500 españoles son ingresados por este motivo. En el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, el número promedio de paciente que ingresan por quemaduras cada año es de 250 dado que el número anual de urgencias por quemaduras se sitúa en torno a la 1.500 al año, el porcentaje de ingresos por quemadura oscila entre el 15 y un 20 % de los pacientes, siendo el resto de los pacientes atendidos ambulatoriamente.

Las quemaduras son siniestros, no accidentes, que en 90% de los casos se producen por la exposición repetitiva a actividades de riesgo debidas a: la falta de cultura preventiva de toda la población, la pobreza, la falta de normatividad legal y a la falta de control de la violencia social. La literatura médica y los datos epidemiológicos registrados en los sistemas estadísticos electrónicos de la Secretaria de Salud de México demuestran que los “accidentes” y las quemaduras son enfermedades prevenibles que generan alta mortalidad y discapacidad, así como altos costos de atención médica integral; por ello es necesario que se establezca una norma oficial mexicana intersectorial de prevención y tratamiento. (1, 3, 4)

En el Perú la situación es muy parecida al país mexicano muchas veces nuestros pacientes que ingresan a hospitalizarse por quemaduras se producen por sus precarios sistemas de trabajo y la falta de cultura preventiva de la población, aumentando la incidencia de quemaduras en fechas navideñas por el alto consumo de productos pirotécnicos. (2)

Según la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (Aniquem), en el Perú el 60 por ciento de las personas quemadas son niños, y de ese porcentaje el 80 por ciento corresponde a niños de entre 4 y 6 años, siendo la principal causa de las quemaduras el agua hervida, teniendo la mayor incidencia en los sectores más pobres del país. 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 (5), 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)

En el departamento de Piura no existe registro sobre la incidencia de quemaduras, según el registro del Hospital Regional Cayetano Heredia, en el año 2014 al 2016, se han hospitalizado en el servicio de cirugía especialidades 80 pacientes por Quemaduras de diferentes tipos y grados, teniendo una mayor incidencia en los años 2014 y 2016, todos ellos fueron atendidos por un equipo multidisciplinario donde el personal de enfermería juega un rol imprescindible en el cuidado, tratamiento, y recuperación de cada uno de estos pacientes.

Según los datos obtenidos, la incidencia de quemaduras es significativa, motivo por el cual se realiza el presente informe con la finalidad de documentar el trabajo del profesional de enfermería en el servicio de Cirugía de especialidades en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora de este nosocomio.

1.2. OBJETIVO

Describir los cuidados realizados por el personal de enfermería en el manejo del paciente con quemaduras del servicio de Cirugía de especialidades en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora del Hospital Regional Cayetano Heredia EsSalud-Piura.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Las quemaduras a nivel mundial representan un problema de salud, 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 alcanzar la recuperación y prevención de complicaciones en el menor tiempo posible.

En tal sentido, en el servicio de cirugía especialidades en la unidad de cirugía plástica y quemados, el personal enfermero tiene la responsabilidad de brindar el cuidado permanente, directo y eficaz al paciente con quemaduras, donde pone en práctica todos los sus cuidados para lograr la pronta recuperación y evitar la aparición de complicaciones, a pesar de las limitaciones con las cuales se cuentan en el servicio como el poco personal, falta de material y exceso de pacientes los cuales ascienden a 46 con una elevada estancia hospitalaria.

Por otro lado, el presente busca documentar el arduo e importante trabajo que realiza el personal de enfermería en esta unidad, con la finalidad de que exista evidencia científica del quehacer de nuestra profesión en esta unidad, y que sirva de guía para profesionales de nuestro gremio u otros que laboren en áreas similares, esto representaría una enorme contribución a nuestra profesión que es arte y ciencia en el cuidado de nuestros semejantes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Internacional

Enrique J. en Cuba – Camagüey (2011), realizó una caracterización epidemiológica de las quemaduras en el adulto mayor, tuvo como objetivo determinar la morbi-mortalidad por quemaduras en el adulto mayor, en los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech desde el 2007 al 2009, empleó el método observacional, descriptivo y transversal, tuvo como universo a 34 pacientes mayores de 60 años, los cuales sufrieron quemaduras y fueron hospitalizados. La muestra coincidió con el universo pues todos los pacientes cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. Encontró que el mayor número de pacientes lesionados fueron del sexo femenino, el grupo etáreo que predominó fue el de 60 y 65 años para ambos sexo. El modo accidental prevaleció ligeramente en el sexo masculino, con respecto al femenino. (6)

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. (7)*

Nacional

Melgarejo L. en Lima – Perú (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 un 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)

Farías F, Lescano E, Ríos E y Castillo B. en Coruña – España (1999), desarrollaron un estudio sobre el manejo de quemaduras por personal de un medio hospitalario, con la finalidad de evaluar el grado de conocimiento del personal médico, asistencial, administrativo y usuarios, sobre el manejo integral del paciente quemado y las áreas de desconocimiento susceptibles de ser mejorada, emplearon como instrumento un cuestionario de 13 preguntas cerradas.

Esta investigación concluyó que en la problemática del paciente quemado, predomina un peligroso desconocimiento que debería superarse con información masiva y puntual de la sociedad especializada y entidades gubernamentales (8).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1 Quemadura

a.- 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) (1,10).

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(10).

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 (11).

b.- Clasificación de las quemaduras

b.1- Por su profundidad

- Quemaduras epidérmicas (1° grado): Aspecto enrojecido, eritematoso, noexudativo, 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 pilo sebáceas 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 (3º 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.

b.2.- Por el agente productor: Térmica por llamas, líquidos y sólidos calientes, eléctricas, químicas y por radiación.

b.3.- 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 2° grado superficiales con menos del 15% de extensión.

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

2.2.2.- Afección de las quemaduras por sistemas:

a.- 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 (11).

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.

b.- 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 acaparación por el fuego de todo el oxígeno disponible y 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 (11).

c.- 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 (11).

d.- 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.

2.2.3.- 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.

a.- 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 vibrisas nasales, la mucosa orofaríngea y presencia de ronquera progresiva, estridor y tos acompañada de esputo carbonáceo.

b.- Respiración (B)

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

c.- 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:

d.- Valoración neurológica (D)

Determinar el nivel de conciencia y estado pupilar.

2.2.4.- Tratamiento del gran quemado (11)

- 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 colocárselo más precoz posible. En quemados eléctricos realizar combur test para descartar alcalosis indicativa de deterioro defunción renal.
- Sonda nasogástrica. En paciente quemados que superen el 20% s.c.q
- Analgesia y sedación. Administraran algésicos narcóticos por vía intravenosa.

- Dieta absoluta.
- Inmunización antitetánica completa.
- No administrar antibiótico
- Protección gástrica intravenosa

2.2.5.- 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 Especialidades, recibe los cuidados inmediatos en el servicio de emergencia, el marco teórico no será exhaustivo en el tratamiento inicial de las quemaduras; motivo por el cual nos abocaremos más al tratamiento mediato del paciente quemado.

a.- 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 opciones 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 curas debe mantenerse a una temperatura de 26-27°C evitándolas corrientes de aire, pues aumentará las molestias (favorecen la evaporación y, por consiguiente, cambios de temperatura en el paciente). (13)

Los profesionales de enfermería de la unidad de quemados del servicio de cirugía especialidades, 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”. (14)

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.

b.- 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 clorhexidinas 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. (13)

c.- 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. (13)

“De acuerdo a nuestra experiencia laboral, los flictenas no los desbridamos, 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 las infecciones de las quemaduras”.

d.- 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. (13)

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.

“Según nuestro protocolo de atención y los tratamientos tópicos existentes en la institución de EsSalud – HRCH, el medicamento tópico que hasta el momento venimos utilizando es la Sulfadiazina de plata, situación que no nos permite realizar un comparativo con otros tratamientos, y determinar si uno es más efectivo con otro; lo que si podemos constatar es que desde que enfermería tiene la responsabilidad de realizar la curación diaria de los pacientes, las infecciones de las quemaduras se han reducido significativamente”.

La plata se presenta como el agente que nos aporta mayor seguridad y evidencia en cuanto a efectividad clínica pues presenta una eficacia antimicrobiana de amplio espectro, con muy pocas resistencias bacterianas, aunque sí existen algunas descritas, la discusión sobre los niveles de la plata y los riesgos de la resistencia resultante de la dosificación inadecuada está sin resolver, además la toxicidad e hipersensibilidad en humanos es muy baja. (13)

e.- 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.”

f.- 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. (11)

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. (12)

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).

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 % 118.

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. (13)

“En lo que respecta a este apartado, el personal enfermero 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."

g.- 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. (13)

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 nuestro quehacer diario, nosotros como personal de enfermería, en el servicio de cirugía especialidades, sobre todo en la unidad de 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 a mero 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 (12).

“Curar a veces, mejorar a menudo, cuidar siempre, es la esencia de la Enfermería, esa es la razón de su existencia como profesión. El profesional de Enfermería en su trabajo diario se encuentra con el sufrimiento y el dolor y esta condición favorece la cotidianidad con el dolor humano hasta el extremo de ver como normal la presencia del dolor en la persona quemada, limitando su accionar a la administración de tratamientos farmacológicos ordenados.

h.- 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 1ª 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 (12).

Partiendo de esta base, “El profesional de enfermería del área de Cirugía especialidades, ha desarrollado dentro de su rutina de trabajo, la habilidad de emplear técnicas cognoscitivas y de comportamiento, aplicándolas en cada uno de los procedimientos nociceptivos 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”.

2.2.6.- Diagnósticos de Enfermería identificados con mayor frecuencia en el servicio de Cirugía de especialidades en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora del Hospital Regional Cayetano Heredia Piura (15).

Para poder lograr enfermería sus objetivos, necesita de una herramienta científica, como es el proceso de enfermería, método a través del cual son aplicados los fundamentos teóricos de enfermería en la práctica diaria. Profesionalmente, este proceso define el alcance de la práctica enfermera para la implementación de cuidados tal y como son prescritos por el médico. Para el paciente, el beneficio en la utilización del método está en la garantía de la atención de calidad, al mismo tiempo que se le estimula para ser co-participante en sus cuidados.

En este apartado, consideraremos los principales diagnósticos de enfermería que hemos presentado en nuestro quehacer diario con este tipo de pacientes, entre ellos tenemos:

a.- 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.

b.- 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.

c.- 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.

d.- 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 reducirlos 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).

e.- 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.

f.- Deterioro de la integridad hística relacionado con traumatismo cutáneo en dermis profunda e hipodermis(en pacientes con quemaduras dérmico profundas 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 desbridas retráctiles, discromías, etc.
- Administrar dieta mediante nutrición parenteral o enteral, rica en hidratos de carbono, lípidos y vitaminas, para una mejor regeneración cutánea.

g.- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con traumatismo cutáneo en epidermis y dermis superficial(en quemaduras epidérmicas y dérmico superficiales)

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.

h.- 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 (16,17):

- Evaluación continua del paciente quemado, identificando y señalándolas 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.

2.2.7.- 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. 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. (18)

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.

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. (1,10)

Quemaduras epidérmicas:

O lesión de primer grado, es de aspecto enrojecido, eritematoso, no exudativo, sin flictenas ni ampollas, solo afectan a la epidermis. (1,10)

Quemaduras dérmicas:

Lesiones de la piel que se manifiesta por flictena o ampollas, afectan siempre y parcial o totalmente la dermis. (1,10)

Quemaduras sub-dérmicas:

Lesiones de tercer grado que se caracterizan por la destrucción total de las terminaciones nerviosas y su apariencia oscila dependiendo del mecanismo de producción entre carbonaceo y el blanco nacarado. (1,10)

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. (19)

Tratamiento mediato de las quemaduras:

De acuerdo a nuestro trabajo, el tratamiento mediato en el paciente con quemaduras, se considerará a los cuidados que el profesional de enfermería brinda a toda persona con lesiones por calor en el servicio de Cirugía

Especialidades, específicamente en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora.

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 lesionadas por el calor.

Limpieza de las quemaduras:

Acción de remoción mecánica con el uso de cloruro de sodio al 0.9% y un antiséptico, de restos de productos (cremas, ceras, entre otros), tejidos dañados y o exudados de las quemaduras de un paciente. (13,14)

Retiro de ampollas o flictenas

Absorción del contenido de flictenas con un uso de una jeringa, garantizando todas las medidas de asepsia para evitar una contaminación y posterior infección de las mismas.

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. (11, 12)

Manejo del dolor

Acciones propias de enfermería que no solo apuntan al mero 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. (12)

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.

Teoría del Cuidado Humano:

Teoría sustentada por Jean Watson, la cual 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. (18)

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 y de atenciones de pacientes que ingresaron por algún tipo de quemadura al servicio de cirugía especialidades del Hospital Regional Cayetano Heredia. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros mencionados anteriormente. .
- Recolección de Datos.
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados:

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

Desde el año 2008, inicié una experiencia maravillo en el servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional Cayetano Heredia – Piura, desde ese año hasta la actualidad me desempeño como enfermera asistencial en este servicio, donde he tenido experiencias gratificantes que me han permitido crecer personal y profesionalmente, sobre todo cuando alcanzo los objetivos que me planteo a diario con cada uno de mis pacientes.

Durante estos casi 9 años que llevo, he visto diferentes tipos de casos, sin embargo los que más me han llamado la atención, han sido los pacientes que han sufrido quemaduras, debido a lo complejo que resulta su atención por las diferentes complicaciones y por la variabilidad de situaciones que pueden surgir durante tu atención; de ahí que radica mi entusiasmo en el desarrollo del presente Informe de Experiencia Profesional.

- **Descripción del Área Laboral**

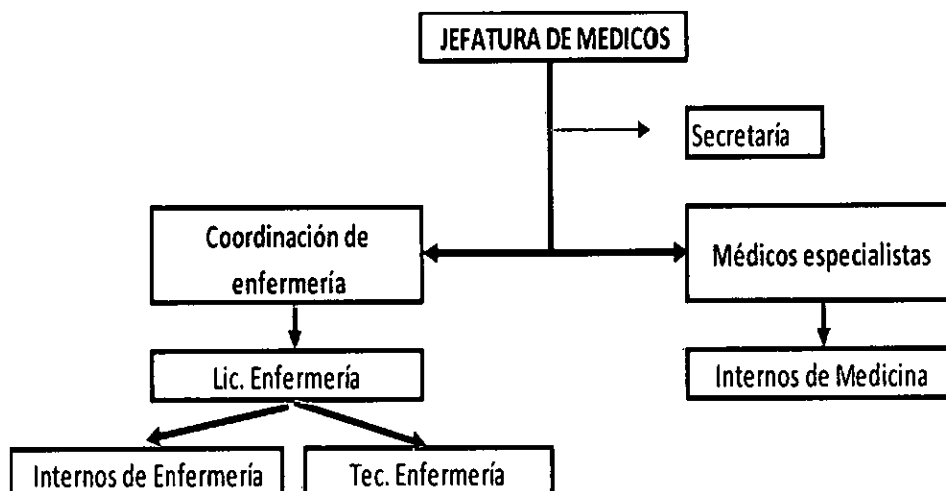
Los pacientes quemados son atendidos en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora del servicio de Cirugía especialidades, el cual cuenta con una capacidad de 46 pacientes, entre hombres y mujeres, y alberga a personas con diferentes tipos de diagnósticos, que los agrupamos en:

- Especialidad de traumatología.
- Especialidad de Cirugía plástica: Se incluyen a los pacientes con quemaduras.
- Especialidad de Oncología
- Especialidad de Neurocirugía
- Especialidad de Urología
- Especialidad de Cirugía cardiovascular.

Distribución de personal en el servicio:

- Médicos : 12 entre especialistas y jefatura.
- Lic. Enfermeros : 12 incluida la coordinación.
- Técnicos enfermería: 11 personas.

Organización en el servicio:



- **Funciones Desarrolladas en la Actualidad:**

Nuestra función básica integral de enfermería es encaminar a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en el servicio, tomando decisiones con independencia, sujetándose a normas y procedimientos previos, con funciones específicas:

a) Área Asistencial

- Cumplir con las medidas de bioseguridad.
- Control de funciones vitales, monitoreo de pacientes críticos, transfusiones sanguíneas, plasma y plaquetas, colocación y cambio de sonda NSG y FOLEY registrándose en la hoja grafica de la historia clínica.
- Realiza baño a pacientes críticos en conjunto al personal técnico de enfermería.
- Administra tratamientos orales, parenterales, tópicos según indicación y horario.

- Administra dietas por SNG ayuda y/o supervisa la ingesta a cada paciente.
- Realiza preparación de pacientes para exámenes y procedimientos especiales.
- Canalización de vías periféricas, curación de catéter venoso central.
- Realiza ronda de enfermería a todos los pacientes del servicio.

b) Área Administrativa

- Registrar las observaciones en la historia clínica de los hechos ocurridos con el usuario hospitalizado.
- Elaborar y remitir los informes técnicos relacionados a las funciones de la unidad.
- Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas de la unidad.
- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.
- Cumplir lo dispuesto en los documentos técnicos de gestión institucional.
- Cumplir con la programación de guardias, licencias, vacaciones y otros en la unidad.
- Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería en pacientes hospitalizados.

- Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.
- Utiliza y controla el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.
- Elaborar registros de actividades, censos, movimiento de control de equipos, materiales y otros que existan en el servicio, para sistematizar la información.
- Mantener la integridad y buen funcionamiento de los equipos material y enseres de la unidad.
- Presentarse adecuadamente y correctamente uniformada e identificada con el solapín.
- Firmar el control de asistencia al ingreso del servicio en cada turno.
- Recibe en conjunto el reporte de enfermería, paciente por paciente.
- Organiza el trabajo de enfermería y da indicaciones al personal técnico de enfermería.
- Realiza notas de enfermería paciente por paciente.
- Participa en la visita médica en la visita médica en ausencia de la enfermera coordinadora y efectiviza las indicaciones médicas en el kárdex de cada paciente.

- Participa y registra la admisión y alta de pacientes- registro y supervisión del balance hídrico, control de drenaje y diuresis.

c) Área Docencia

- Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.
- Realizar actividades de docencia en el campo de enfermería.
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería.
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico de enfermería bajo la supervisión y responsabilidad.
- Participar en la elaboración del cuadro de necesidades del servicio si fuera requerido.

d) Área Investigación

- Participar en la actualización e implementación de normas, guías de atención y procedimientos, directivas relacionadas con las funciones de la unidad.
- Realiza estudios de investigación con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios, mediante los aportes o contribuciones de las investigaciones realizadas.

3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME:

- Limitaciones para el Desempeño Profesional

Dentro de las principales limitaciones que se han presentado y he experimentado en el servicio donde laboro, sobre todo para el cumplimiento de mis actividades, resalto:

- La falta de personal tanto profesional como no profesional.
- Sobrecarga laboral, tenemos una capacidad máxima de 46 pacientes de diferentes especialidades, los cuales son atendidos por dos profesionales de enfermería.
- No es frecuente, pero tiene en el año periodos de escasez de material para atención del paciente.
- Sobrecarga emocional debido a la cantidad de pacientes que se manejan.
- Rotación frecuente de personal.

IV. RESULTADOS

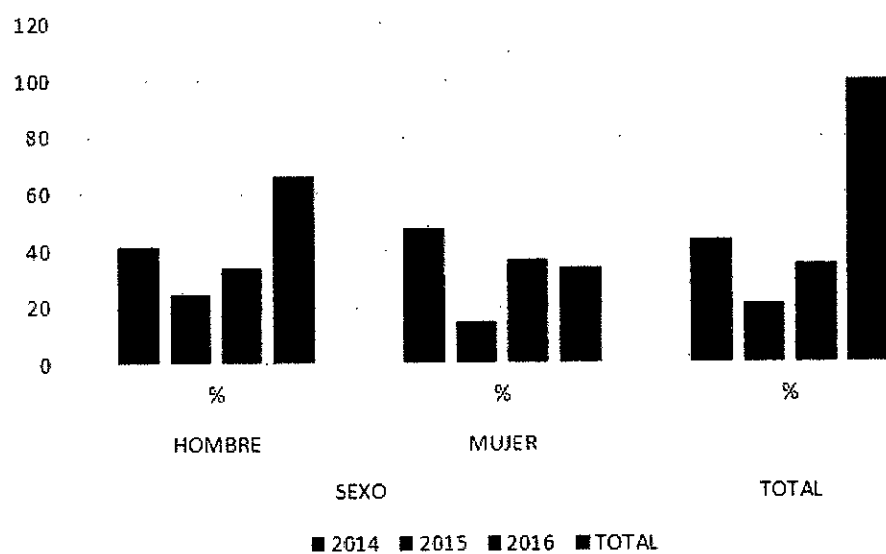
De acuerdo a la información obtenida por la Oficina de Estadística del Hospital Regional Cayetano Heredia – EsSalud Piura, presentamos las siguientes tablas y gráficos, sobre los casos de pacientes ingresados al servicio a de Cirugía Especialidades – Unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, por causa de quemaduras:

Tabla N° 01: Número de casos de pacientes con quemaduras, por año, internados en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, según sexo, Hospital Regional Cayetano Heredia-EsSalud / Piura, 2014 – 2016.

AÑO	SEXO				TOTAL	
	HOMBRE		MUJER		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
2014	22	41,5	13	48,1	35	43,8
2015	13	24,5	4	14,8	17	21,3
2016	18	34,0	10	37,0	28	35,0
TOTAL	53	66,3	27	33,8	80	100,0

Fuente: Oficina de estadística del HRCH-EsSalud / Piura, Abril de 2017

Gráfico N° 01: Número de casos de pacientes con quemaduras, por año, internados en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, según sexo, Hospital Regional Cayetano Heredia-EsSalud / Piura, 2014 – 2016.



Fuente: Oficina de estadística del HRCH-EsSalud / Piura, Abril de 2017

Tabla N° 02: Distribución por año de pacientes con quemaduras, según el promedio de días de estancia hospitalaria, unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, Hospital Regional Cayetano Heredia- EsSalud / Piura, 2014 – 2016.

AÑO	Nº pacientes	Porcentaje	Número mínimo de días	Número max. De días	Promedio días
2014	35	43.8	4	105	18,0
2015	17	21.2	4	45	15,8
2016	28	35.0	4	108	15,9

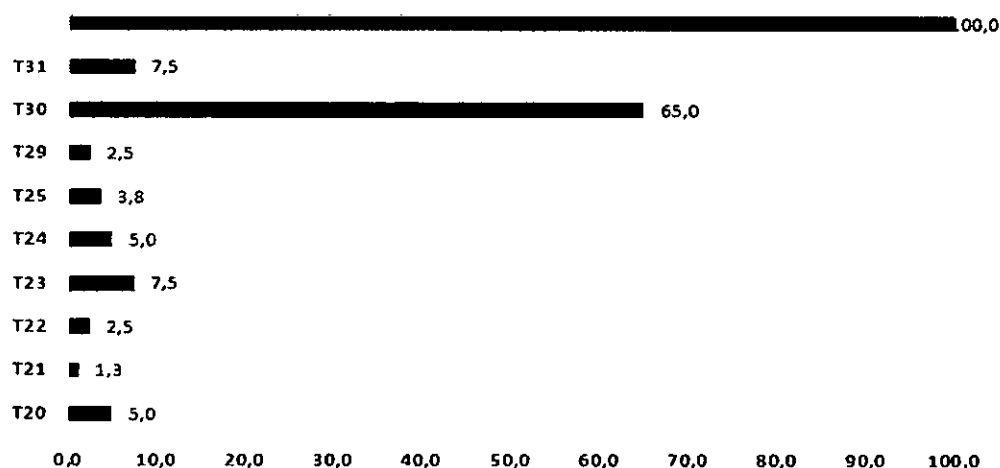
Fuente: Oficina de estadística del HRCH-EsSalud / Piura, Abril de 2017

Tabla N° 03: Número de casos de pacientes con quemaduras internados en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, según diagnóstico por CIE10, Hospital Regional Cayetano Heredia-EsSalud / Piura, 2014 – 2016.

CIE10	DIAGNÓSTICO	N°	%
T20	Quemadura de la cabeza y del cuello	4	5,0
T21	Quemadura del tronco	1	1,3
T22	Quemadura del hombro y miembro superior	2	2,5
T23	Quemadura de la muñeca y de la mano	6	7,5
T24	Quemadura de la cadera y miembro inferior	4	5,0
T25	Quemadura del tobillo y del pie	3	3,8
T29	Quemaduras de múltiples regiones	2	2,5
T30	Quemadura de región del cuerpo y grado no especificados	52	65,0
T31	Quemaduras que afectan menos del 10% de la superficie del cuerpo	6	7,5
TOTAL		80	100,0

Fuente: Oficina de estadística del HRCH-EsSalud / Piura, Abril de 2017

Gráfico N° 03: Número de casos de pacientes con quemaduras internados en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, según diagnóstico por CIE10, Hospital Regional Cayetano Heredia-EsSalud / Piura, 2014 – 2016.



Fuente: Oficina de estadística del HRCH-EsSalud / Piura, Abril de 2017

Interpretación:

- Según el reporte de la oficina de estadística de EsSalud – Piura (Tabla 01), entre los años 2014 y 2016, se han hospitalizado 80 casos de pacientes con diferentes tipos de quemaduras, registrándose el mayor número de incidentes en el año 2014 (43.8%) y el menor en el 2015 (21.3%).
- Al revisar los reportes, se ha podido determinar que las quemaduras se han producido más en hombres (66.3%) que en mujeres (33.8%), tendencia que predomina en todos los años incluidos en el estudio. Según los registros de atención, la mayoría de las quemaduras en los varones fue de origen laboral, mientras que en las mujeres de origen doméstico.
- En la tabla 02, se observa que en los años 2014 y 2015, se registró el mayor número de hospitalizaciones en el servicio de cirugía producto de quemaduras, teniendo promedios de días de hospitalización que van desde los cuatro días (4 días), hasta los ciento ocho (108 días), a pesar de ello en todos los años el promedio de días de hospitalizados va desde los 15,8 días (2015), hasta los 18 días (2014).
- En la Tabla 03, observamos el número de casos de pacientes con quemaduras internados en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, según los códigos CIE10; en ella el código T30 (Quemadura de región del cuerpo y grado no especificados) predominó con el 65%, seguido por el T23 (Quemaduras de la muñeca y de la mano) con el 7,5% y por último el T31 (Quemaduras que afectan menos del 10% de la superficie del cuerpo) con el mismo porcentaje 7,5%.
- 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. Según los datos obtenidos en la oficina de estadística podemos concluir que:
- Entre los años 2014 y 2016, se han atendido en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora del servicio de Cirugía del Hospital Regional Cayetano Heredia, 80 pacientes con quemaduras, presentando mayor incidencia en los años 2014 y 2016.
 - Según los registros revisados, las quemaduras se han producido más en hombres (66.3%) que en mujeres (33.8%), siendo su origen laboral para los varones y domésticos para las damas.
 - El número de días de hospitalización de los pacientes con diagnóstico de quemaduras van desde los cuatro (4) días hasta los ciento ocho (108) días, en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, siendo el promedio general de 15.8 días.
 - El 65% de pacientes hospitalizados por causa de quemaduras, tuvieron como diagnóstico el código T30 - Quemadura de región del cuerpo y grado no especificados.
- b. El trabajo que viene realizando el profesional de enfermería, sin duda alguna ha permitido que la estancia hospitalaria de los pacientes con quemaduras sea de menor duración, gracias a que cada accionar lo sustenta con base científica; no obstante se debería elaborar una guía consensuada del servicio de cirugía especialidades sobre el manejo mediato del paciente con quemaduras.

- c. La práctica clínica diaria en servicio de cirugía especialidades, no solo ha permitido al profesional de enfermería adquirir la experiencia necesaria para manejar de manera adecuada los casos de quemaduras, en la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora, sino también la capacidad de reconocer precozmente complicaciones en este tipo de casos.
- d. En vista que en el Hospital Regional Cayetano Heredia EsSalud-Piura, las rotaciones de personal se realizan en forma frecuente, además que el conocimiento es constante, es necesario establecer un programa de capacitación en el servicio de cirugía especialidades para garantizar la transmisión de conocimientos así la actualización en el manejo de este tipo de pacientes.
- e. Es indispensable y propio de nuestro accionar aplicar el proceso de atención de enfermería, herramienta que nos permitirá evaluar nuestro trabajo.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Fortalecer los registros de atención del paciente en general, donde se pueda incluir las complicaciones que se sufren durante la estancia hospitalaria, unificar el diagnóstico de las quemaduras ya sea según su gravedad o extensión, entre otros variables; ello ayudaría a monitorear el trabajo que se viene realizando actualmente.
- b. Elaborar una guía de manejo del paciente quemado, eso ayudará a continuar aplicando y mejorando la forma como enfermería trata a los pacientes que ingresan a la unidad de quemados y cirugía plástica y reparadora.
- c. El cuidado de las quemaduras, debe continuar realizándose por el profesional de enfermería capacitado sobre manejo de quemaduras y uso de analgesia, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de uno de los objetivos de sus acciones que es “Prevenir complicaciones y ofrecer el mayor grado de bienestar al paciente”.
- d. Elaborar y ejecutar un programa anual de capacitación en servicio de Cirugía, sobre el manejo de las quemaduras, u otros temas según las necesidades del servicio, ello permitirá fortalecer las capacidades del profesional de enfermería en la atención del paciente.
- e. En la notas de enfermería registrar nuestras actividades bajo los criterios de resultados NIC o NOC, lo cual nos permitirá de manera resumida tener una mejor evaluación de nuestro accionar.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. Pérez Boluda, MT, Lara Montenegro J, Ibáñez J, Cagigal L, León CM. Guía de Actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. 2006
5. El 60% de personas quemadas en el Perú son niños [en línea]. Perú: Diario la Republica; 2006. [Fecha de acceso 30 de marzo de 2017]. URL disponible en: <http://larepublica.pe/10-12-2006/el-60-de-personas-quemadas-en-el-peru-son-ninos>
6. Moya R, Enrique J.; Faces M. Lesión por quemadura en el adulto mayor. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2011, 15(5): 839-847.
7. Enríquez Rodríguez N. Plan de cuidados a un paciente quemado: a propósito de un caso. (Tesis de Grado). Coruña: Universidad de Coruña; 2015-2016.

8. 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.
9. Fariás F, Lescano E, Ríos E, Castillo B. Manejo de quemaduras por personal de un medio hospitalario. *Rev. FarmacolTerap.* 1999; 6(1-2): 64-66.
10. Ministerio de Salud. Guía Clínica Gran Quemado. Minsal, 2007
11. Alonso L, Díez R, Perancho M. Actuación de enfermería en urgencias ante un paciente quemado: Estudio de los procesos fisiológicos que producen las quemaduras para llegar a una guía de actuación ante un gran quemado en la fase aguda y su posterior traslado. [Tesis de Grado]. España: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2000.
12. Povedano M. Cuidados de Enfermería ante las Lesiones Producidas por Quemaduras. [En línea]. 2012. [Fecha de acceso 30 de marzo de 2017]. URL disponible en: <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/cuidados-de-enfermerc3ada-ante-las-lesiones-producidas-por-quemaduras.pdf>.
13. Teresa P, Pedro M, Lorenzo P, Felipe C. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. [Guía Práctica Clínica]. España: Editorial Artefacto; 2000.
14. Pharma. [Base de datos en Línea]¿Qué es el suero fisiológico y para qué sirve?. [Fecha de acceso 30 de marzo de 2017]. URL disponible en: <http://www.pharma20.es/consejos-y-videoconsejos/vida-sana/suero-fisiologico>
15. Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y Aplicación. (3° ed.). Madrid: Mosby-Doyma Libros, 1996.

16. Rocha R, Freitas A. Unidad de tratamiento de quemados: relato de una Experiencia de construcción de protocolo de Cuidados de enfermería. Rev. Enfermería Global.2003; 2(2): 1-11
17. Lemos A, Costa D, Blom, B. Manual de infecciones Hospitalarias: Infecciones en pacientes quemados, epidemiología, prevención y control. Rio de janeiro: Medsi; 2001; 1(1):16-26.
18. Teorías del cuidado. [En Línea]¿El cuidado. [Fecha de acceso 30 de marzo de 2017]. URL disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>
19. Ferrada R, Tróchez JP, Ayala J. Manejo del paciente quemado. [Fecha de acceso 30 de marzo de 2017]. URL disponible en: <https://laureanoquintero.files.wordpress.com/2014/01/3-manejo-del-paciente-quemado.pdf>