

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



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON QUEMADURAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SAN BORJA 2013 – 2016

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

MARY KATHYA CARAZAS ALEGRE

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- Dra. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 409-2017

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución Decanato N° ~~2679~~2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	36
3.1 Recolección de Datos	36
3.2 Experiencia Profesional	37
3.3 Procesos Realizados del Informe	42
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	49
VI. RECOMENDACIONES	50
VII. REFERENCIALES	51
ANEXOS	54

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son una causa importante de morbimortalidad infantil, constituyen un problema de salud pública que va en incremento. Las quemaduras se pueden definir como un trauma prevenible, el cual implica no solo costos económicos altos tanto para el estado y sus familias sino también afectación psicosocial por la larga estancia hospitalaria, secuelas que deforman y avergüenzan al paciente que las padece (1).

El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja cuenta con un eje de atención integral para pacientes quemados de gran extensión los cuales demandan atención especializada de enfermería. Por ello, el presente informe propone dar a conocer la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes con quemaduras en la etapa infantil.

El presente informe está organizado por capítulos de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Planteamiento del Problema; incluye descripción de la situación problemática, formulación del problema, objetivos, justificación.

CAPÍTULO II: Marco Teórico; que incluye antecedentes, marco conceptual, definición de términos. CAPÍTULO III: Experiencia profesional; que incluye, recolección de datos, y procesos realizados en el tema del informe,

CAPÍTULO IV: Resultados, CAPÍTULO V: conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (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. Las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que incluye hospitalización prolongada, desfiguración y discapacidad, lo que suele generar estigmatización y rechazo.

Las quemaduras son la undécima causa de muerte de los niños de entre 1 y 9 años y son también la quinta causa más común de lesiones no fatales durante la infancia. Si bien uno de los mayores riesgos es la inadecuada supervisión parental, un número considerable de las lesiones por quemaduras que sufren los niños se debe al maltrato infantil (1).

En el 2004, casi 96 000 menores de 20 años fallecieron a consecuencia de quemaduras por fuego en todo el mundo. Aunque la mayoría de las defunciones infantiles relacionadas con las quemaduras se debieron a quemaduras por fuego (95%), las escaldaduras y las quemaduras por contacto son una causa importante de quemaduras no mortales y de discapacidad.

En el año 2000, los costos directos de la atención de los niños con quemaduras de los Estados Unidos de América superaron los USD 211 millones. En Noruega, los costos de la gestión hospitalaria de las quemaduras superaron en 2007 los 10,5 millones de EUR. La incidencia de las lesiones por quemaduras que requieren atención médica es casi 20 veces mayor en la región del Pacífico Oeste de la OMS que en la región de las Américas (2).

En España se estiman alrededor de 300 pacientes quemados por 100.000 habitantes al año. La hospitalización secundaria a quemaduras se estima en 14 casos por cada 100.000 habitantes, y sólo una pequeña parte de ellos requieren cuidados intensivos (3).

En Chile las lesiones por quemaduras representan entre el 6-10 % de las consultas en Servicios de Urgencia. Estas lesiones en la mayoría de los casos se pueden establecer como un traumatismo prevenible y constituye un evento absolutamente no deseado por el niño y la familia. Del total de consultas por quemaduras aproximadamente 2/3 son niños, un 10% se hospitalizan, con mayor frecuencia son menores de 2 años, siendo el hogar el lugar donde se producen con mayor frecuencia y los agentes etiológicos más comunes son el agua, objetos calientes y el fuego (4,5).

En el Perú, no se cuenta con cifras exactas sobre la frecuencia de quemaduras en niños. Según las estadísticas del Instituto Nacional del Niño de Breña, entre los años 1998 y 2012, se hospitalizaron un promedio de 300 casos de quemadura por año. El agente causante más frecuente fue líquido caliente (59%), y el grupo etario más afectado fue el de 1 a 4 años (55%).

Las quemaduras ocurrieron dentro del hogar, el cual usualmente consta de una habitación única que cumple la función de cocina, sala, comedor y dormitorio. Las quemaduras por fuego ocuparon el segundo lugar (20%), y ocurrieron principalmente por quemar basura o paja, o manipular fósforos y artefactos pirotécnicos durante los meses cercanos las fiestas de fin de año, y por caída de vela sobre las ropas de cama. Un tercio de los pacientes presentaron lesiones por quemadura en más del 20% de superficie corporal (paciente con quemadura de gran extensión o “paciente gran quemado”) (6).

Según las estadísticas del primer año de operaciones del Eje de Atención Integral al Paciente Quemado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, entre Setiembre del 2013 y Agosto del 2014, se realizaron más de 5,000 atenciones y más de 500 procedimientos quirúrgicos en pacientes con quemaduras agudas o secuelas de quemadura (7).

La Unidad de Cuidados Intensivos del eje quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, se constituye como la primera unidad de cuidados intensivos a nivel nacional, el cual brinda asistencia de salud especializada, lógicamente, la gravedad del estado del paciente quemado determina la necesidad de un enfoque multidisciplinario. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel vital en el tratamiento de un paciente quemado, tanto en la reanimación y estabilización de la víctima de quemaduras durante la fase aguda como también en la evolución de las lesiones, minimizando las complicaciones propias del trauma térmico.

Hasta la fecha no se realizaron informes sobre la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes con quemaduras en la etapa infantil, motivo por el cual nació el interés de realizar la presente revisión en dicha entidad.

1.2 OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de La Salud (OMS) señala que las quemaduras son un problema mundial de salud pública. Desde la OMS se están promoviendo las intervenciones que han demostrado tener éxito en la reducción de las quemaduras, aunque recuerda una mayor colaboración" a través de redes mundiales y nacionales para aumentar el número de programas efectivos de prevención de quemaduras.

El presente informe se justifica en base a los siguientes argumentos:

Por su magnitud.- El tratamiento de un paciente quemado, representa una gran carga económica para los servicios de atención en salud, y sus familias, exigiendo que la enfermera especialista posea un amplio conocimiento para reducir las complicaciones propias del trauma térmico.

La labor del profesional de enfermería está orientada no solamente hacia la atención del individuo enfermo, que requiere unas actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y recuperación de la salud, sino también hacia el individuo sano, en el área de promoción a la salud. Este nivel, de prevención e información sobre los eventuales peligros que puedan amenazar la salud y los medios que puedan emplearse para conservar un estado óptimo de bienestar físico, psicológico y social.

Por su naturaleza.- Las quemaduras son prevenibles. Los países de ingreso alto han logrado avances considerables en la tarea de reducir las tasas de muertes por quemaduras combinando estrategias preventivas con una mejor atención de las personas afectadas. La mayoría de estos avances en materia de prevención y atención no se ha aplicado en forma completa en los países de ingreso bajo y mediano. En el Perú existen poca información sobre la prevención de quemaduras y los riesgos a los cuales están expuestos los niños.

Por su trascendencia.- La promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione.

Implicancias Pedagógicas.- El presente informe resulta importante en la medida que los datos obtenidos permitirán tomar medidas de prevención y de control por parte de los profesionales de enfermería, lo cual llevará a proteger la vida y la calidad del desarrollo de los niños así mismo al mejoramiento continuado de la calidad de atención.

Metodología.-El presente informe servirá de base para investigaciones posteriores, las cuales permitirán reducir significativamente las tasas de muertes y de discapacidad relacionadas con las quemaduras en los niños.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

MEDA V. y colaboradores, (Brasil- 2010). “Quemaduras en ambiente doméstico: características y circunstancias del accidente”. Este estudio tuvo como objetivos caracterizar los accidentes por quemaduras, ocurridos en ambiente doméstico, e identificar las circunstancias de esos accidentes cuando afectaron niños, adultos o ancianos que necesitaban de supervisión. Fueron incluidos 61 víctimas de quemaduras en ambiente doméstico. Los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de implementar programas de prevención de quemaduras dirigidas a personas con bajo nivel de instrucción, enfocando principalmente el ambiente doméstico. También, la enseñanza en las escuelas que ofrezca orientación a los niños, puede contribuir para prevenir accidentes, ya que los niños son bastante sensibles y abiertos a nuevas informaciones, los profesionales de la salud deben estar atentos para investigar las circunstancias de los accidentes en individuos vulnerables (8).

GARCIA G. L Y COLABORADORES, (Uruguay- 2008). Conceptos, actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años. Cuyo objetivo fue conocer cuál es la información sobre prevención de lesiones que tienen los responsables de los niños menores de 10 años, estudio descriptivo, prospectivo,

cuya población fueron los responsables de los niños que concurren a dichos centros de salud. Conclusiones: a pesar de la enormidad de recursos destinados al tratamiento de las lesiones accidentales, la única forma de disminuir su morbimortalidad y los costos en salud es enfocar el esfuerzo en la prevención (9).

VERA P. Y colaboradores, (Chile - 2004), en el estudio "Propiedades psicométricas de un instrumento de creencias, conocimientos y conductas para la prevención de quemaduras en niños", teniendo como objetivo elaborar un instrumento destinado a evaluar en los padres los conocimientos, creencias y comportamientos relacionados con la prevención de quemaduras de sus hijos. La muestra estuvo compuesta por 181 sujetos de ambos sexos que fueran padres o cuidadores de niños menores de seis años. El instrumento consta de 24 preguntas y mostró una confiabilidad de 0,83. El análisis factorial agrupó los ítems de la prueba en 8 factores, que explican un 60.84 % de la varianza (10).

SAAVEDRA O. R y colaboradores, (Chile - 2001), en su estudio Quemaduras en niños por volcamiento de cocina en el Centro de Rehabilitación de COANIQUEM, teniendo como objetivo evaluar la incidencia de Volcaduras de cocina, las características de los afectados, la gravedad de las lesiones, ingresaron al estudio 3 245 niños, de los cuales 213 niños sufrieron quemaduras originadas por el volcamiento de una cocina (VC) y se compararon con los 3 032

pacientes restantes. Conclusión: El volcamiento de cocina ocasiona un número considerable de quemaduras, especialmente en niños de 1 a 2 años, cuya gravedad (mayor hospitalización y necesidad de injertos) aconseja medidas de prevención y mejoría en las características de estos artefactos (11).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Quemadura.

a) Definición: Lesión producida por alteraciones de origen térmico, calor o frío, sea cual sea el agente etiopatogénico y la presentación de dichas lesiones”.

b) Clasificación de las quemaduras: Existen varias clasificaciones de las quemaduras, en función de diversos criterios: el agente que las produce, la extensión de la superficie quemada y la profundidad de dichas lesiones.

Según el agente causal, se pueden clasificar en:

Térmicas: Producidas por la acción de un agente a alta temperatura. (sólidos, Líquidos y gases calientes, Fuego directo).

Frío: Debida a la acción de un agente a baja temperatura. (Congelación).

Químicas: Por acción de sustancias y productos químicos. (Ácidos, Bases, Gases).

Eléctricas: derivadas de paso de la corriente eléctrica. (Atmosférica, Industrial).

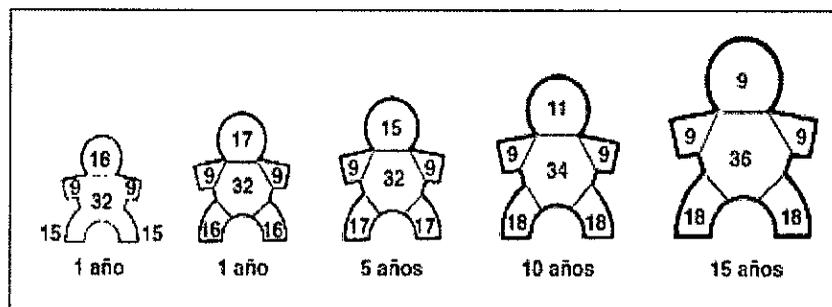
Radiactivas: Son las producidas por la acción de las radiaciones ionizantes sobre los tejidos. (Sol, radiaciones ultravioletas, radiaciones ionizantes- rayos x).

Clasificación de la quemadura según la extensión Se utilizan distintos métodos:

Esquema de Lund y Browder. Este esquema da valores porcentuales a las distintas partes del cuerpo, estableciendo diferencias si el paciente quemado es un lactante, un niño o un adulto.

Porcentaje de los Segmentos Corporales según la Edad

(LUND Y BROWDER)



“Regla de los nueves” (Método de Pulaski y Tennison). Según este método, se divide la superficie corporal en zonas que representan 9 o múltiplos de 9 (expresados en porcentaje). El 1% restante se asigna al periné.

Clasificando las quemaduras en función de la profundidad que abarca la lesión, tradicionalmente se establecían grados (1º, 2º, 3º y 4º).

Quemaduras de primer grado (superficiales). Las quemaduras de primer grado afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel. El sitio de la quemadura es rojo, doloroso, seco y sin ampollas. Las quemaduras leves del sol son un ejemplo. Es raro el daño de largo plazo al tejido y generalmente consiste de un aumento o disminución del color de la piel.

Quemaduras de segundo grado (espesor parcial). Las quemaduras de segundo grado involucran la epidermis y parte de la capa de la dermis de la piel. El sitio de la quemadura se ve rojo, con ampollas y puede estar inflamado y ser doloroso.

Quemaduras de tercer grado (espesor total). Las quemaduras de tercer grado destruyen la epidermis y dermis y pueden dañar el tejido subcutáneo. La quemadura puede verse blanca o carbonizada. La zona afectada pierde sensibilidad.

Quemaduras de cuarto grado. Las quemaduras de cuarto grado también dañan los huesos, los músculos y los tendones subyacentes. No hay sensación en la zona, ya que las terminales nerviosas han sido destruidas.

c) Fisiopatología de la quemadura: La agresión térmica sobre los tejidos desencadena una serie de fenómenos fisiopatológicos en el organismo, interesando profundamente a los sistemas circulatorio, nervioso, endocrino, renal y otros en relación directa con la superficie quemada, el agente causal de la quemadura y el tiempo de exposición, los más importantes son:

Aumento de la permeabilidad capilar: tras producirse la quemadura, se origina el paso de plasma, electrolitos y agua del espacio intravascular al espacio intersticial, provocando un desequilibrio electrolítico y por lo tanto condiciona el edema.

Destrucción tisular: se produce pérdida de la barrera cutánea, lo que provoca aumento de las pérdidas de agua por evaporación. Esta pérdida de agua puede ser de 200 g/m² y por SCQ/h, que junto con el edema desencadenan el shock hipovolémico característico de los pacientes con quemaduras. Ello conduce a hipoxia celular y acumulación de ácido láctico.

Hemoconcentración al inicio y, posteriormente anemia, debido a la destrucción de hematíes.

Disminución y lentificación del volumen circulante, con disminución del volumen minuto y por tanto disminución del gasto cardiaco.

Infección, ya que la pérdida de piel constituye una vía de entrada de gérmenes en el organismo.

Alteraciones en la función pulmonar en pacientes quemados que hayan podido inhalar humos, con cambios importantes de CO₂, O₂ y del pH arterial (12).

d) Prevención de Quemaduras:

Según la OMS (1998) define la prevención como las "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (13).

El concepto de prevención puede tener múltiples significados. Según la definición de Caplan (1964), la prevención puede entenderse como el conjunto de actividades dirigidas a reducir los problemas ocasionados por las enfermedades o trastornos del

individuo mediante la intervención precoz en cada una de las fases de evolución del problema de salud (14)

Según la OMS las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria: Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.

Prevención Secundaria: Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. “En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

Prevención Terciaria: Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la

prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura (14).

En consecuencia la prevención no es solo impedir que se produzca la enfermedad o trastorno, sino que también puede significar que si se instaura una enfermedad o trastorno debemos intervenir cuanto antes para que sus consecuencias se reduzcan tanto como sea posible, o bien mejorar la reinserción de los enfermos en su entorno natural y evitar los peligros de la cronificación (15).

Prevenir es la mejor forma de tratar las quemaduras. Es difícil orientar a la población en general ya que su comportamiento suele estar sujeto a determinantes específicos, que están marcados por sus tendencias culturales, ocio, situación geográfica e industria, por lo tanto sus propios factores de riesgo. La promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la educación para la salud deben estar enfocadas y ajustadas a la cultura local (16).

d) Factores de riesgo asociados a quemadura:

Los niños corren el riesgo de sufrir quemaduras por diversas razones. La identificación y el conocimiento de dichos factores ayudarán enormemente a prevenirlos.

Edad y etapa del desarrollo: En los niños pequeños, el nivel del desarrollo motor no siempre coincide con el desarrollo cognoscitivo e intelectual y, por tanto, pueden quemarse con más facilidad. Los menores de un año corren un riesgo particular, ya que empiezan a desarrollar la movilidad e intentan alcanzar y tocar los objetos con la mano.

Las escaldaduras son el tipo de quemadura más frecuente en los menores de 6 años. Estas quemaduras suelen producirse cuando el niño se vierte en la cara, los miembros superiores o el torso, un recipiente que contiene un líquido muy caliente (como una taza de café). Los varones mayores de 6 años a menudo sienten curiosidad por el fuego, lo que les lleva a experimentar con cerillas, encendedores o artículos pirotécnicos.

Sexo: Las quemaduras son el único tipo de lesión mortal que afecta con mayor frecuencia a las niñas que a los niños en Asia Sudoriental y en los países de ingresos bajos y medianos de las regiones del Mediterráneo Oriental y del Pacífico Occidental. Las costumbres locales de hacer hogueras al aire libre para cocinar y

calentarse, junto con el uso de ropa suelta, sobre todo en el caso de las adolescentes de las Regiones de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental, se asocian a una mayor tasa de quemaduras en las jóvenes. En ciertas situaciones los niños podrían estar más expuestos que las niñas al riesgo de quemaduras, quizá debido a su naturaleza más curiosa y a su mayor tendencia a adoptar conductas arriesgadas.

Situación socioeconómica y pobreza: Las defunciones y discapacidades atribuibles a las quemaduras se asocian estrechamente a la pobreza. Aparte de la incidencia de quemaduras notablemente mayor en los niños de países de ingresos bajos y medianos, dentro de los factores socioeconómicos implicados se encuentra la escasa tasa de alfabetización de la familia, el hecho de vivir en condiciones de hacinamiento o en espacios desordenados, la vigilancia insuficiente de los niños; los antecedentes de quemaduras en los hermanos y la ausencia de leyes y reglamentos referentes a la construcción de edificios, la instalación de detectores de humo y la ropa inflamable.

Un factor de riesgo importante es el difícil acceso a un buen suministro de agua (grifo, manguera o rociador automático) para apagar el fuego o impedir que se propague.

En particular, el hecho de cocinar o calentarse directamente en hogueras al aire libre que están al nivel del suelo entraña un gran peligro para los niños. Riesgos similares se asocian al uso de estufas o lámparas pequeñas, velas para alumbrar y otros combustibles volátiles o muy inflamables dentro de la casa.

Sustancias inflamables: El fácil acceso de los niños a los utensilios de cocina o a cazuelas que contienen líquidos en ebullición constituye otro factor de riesgo. Las sustancias inflamables, como el queroseno y la parafina, no deben almacenarse en el hogar.

Estrategias de prevención eficaces.

Estrategias ambientales y técnicas

Se deben fabricar lámparas y hornillos seguros, e instalar los hornillos en el exterior y por encima del nivel del suelo para reducir el acceso de los niños y su exposición a las emanaciones en ambientes cerrados. Se ha demostrado que separar la zona para cocinar de otras áreas de la vivienda todavía es preciso evaluarla rigurosamente.

Legislación y reglamentación

Se han de promulgar normas q prohíban la fabricación y la venta de artículos pirotécnicos y velar por el cumplimiento. En muchos países de ingresos altos se prohíbe que los niños compren o utilicen artículos pirotécnicos.

Educación y desarrollo de aptitudes

Es preciso evaluar y capacitar a los padres, los cuidadores y la comunidad para que puedan brindar los primeros auxilios inmediatos en caso de escaldadura o quemadura. El objetivo general consiste en enfriar la zona de la quemadura con agua, impedir que se siga produciendo la quemadura y prevenir la contaminación.

Tratamiento de la quemadura

Es necesario enfriar la superficie quemada. Este es uno de los métodos más antiguos de tratamiento de primeros auxilios. Se deben crear, gestionar y mantener centros de quemados especializados. Aunque no todos los niños necesitan recibir tratamiento en un centro de quemados, la opinión de los expertos confirma que los niños con quemaduras graves tendrán mejor desenlace, con un tratamiento menos costoso, si son atendidos en un centro de quemados especializado.

Proporcionar servicios de rehabilitación. Los niños que han padecido quemaduras merecen las mejores instalaciones de rehabilitación disponibles, de modo que puedan desempeñar de nuevo funciones productivas y satisfactorias en su comunidad. Una rehabilitación inadecuada puede causar daños físicos y psicológicos graves y permanentes (2).

2.2.2 Atención de Enfermería en el Paciente Quemado Crítico:

a) Reanimación con líquidos: Iniciar o continuar plan de hidratación si se encuentra dentro de las 48 horas luego del trauma térmico. Puede usarse: Lactato de Ringer, Dextrosa 5% + Lactato de Ringer 4 ampollas en 1000cc., Cloruro de sodio 9‰.

Para determinar el volumen de infusión del paciente gran quemado agudo pediátrico se usa la Formula de Carbajal (Shriner's Burns Institute- Galveston, Texas):

Primeras 24 horas:

BASAL	+	REPOSICION
2000cc x m2 SCT	+	5000ccx SCTQ.

El 50% del volumen calculado administrar en las primeras 8 horas.

El 50% restante del volumen calculado se administra en las siguientes 16 horas.

Segundas 24 horas:

BASAL	+	REPOSICION
1500cc / m ² SCT.	+	3750cc / SCTQ.

Volumen calculado en 24 horas.

Producción de orina no menor de 1cc/kg/h.

Mantener Presión arterial, Frecuencia Cardiaca en rangos esperados para la edad del niño.

Hemoglobina y hematocrito cada 4-6 h.

Control de electrolitos cada 4 a 6 horas, particularmente en pacientes con problemas cardíacos y con medicación.

Función cardiovascular.

Monitorización hemodinámica estricta.

Considerar monitoreo mediante Doppler transesofágico (Cardio Q) para valorar respuesta a fluidos, colocación de línea arterial.

Asistencia en la colocación de acceso venoso central a piel quemada no debe retrasar la elección del sitio para la colocación del catéter venoso central.

Evaluación clínica del estado conciencia, llenado capilar, temperatura, diuresis (1 ml/kg/hr) y función renal.

Vigilar aparición de signos de Shock.

Función vascular periférica.

Evaluar llenado capilar, color, y sensibilidad de la piel.

Evaluar característica de los pulsos periféricos.

Parálisis o disminución del funcionamiento de miembros superiores e inferiores. (En caso de quemaduras circunferenciales se requieren escarotomía inmediata,

Función renal.

Control de diuresis estricta.

Colocación de sonda Foley, muy importante en periodo de reanimación y su posterior retiro tan pronto termine la terapia.

Medir densidad urinaria.

Valoración de las características de la orina.

Valoración neurológica.

Valoración del nivel de conciencia y la movilidad de extremidades.

Aplicación de Escala de Gasglow.

En pacientes con sedación aplicar Escala de la agitación y sedación Richmond.

Monitorización gástrica.

Colocación de sonda transpilórica al ingreso del paciente a la unidad, confirmar con RX.

Colocación de sonda nasogástrica, para la administración de medicamentos.

Inicio de alimentación enteral precoz.

Importancia de la posición de paciente para evitar reflujo.

Valorar presencia de ruidos intestinales.

Medición de residuo gástrico a la hora indicada.

Vigilarla fijación de la sonda y evitar desplazamiento.

Observación y registro de náuseas, vómitos e intolerancia.

Mantener la permeabilidad de la sonda, cada 6-12 horas y cada vez que se suspenda la infusión.

Si las condiciones del paciente lo permiten, explicarle la importancia de la nutrición.

Coordinar constantemente con el Departamento de Nutrición.

Control de dolor

Aplicar escala del dolor.

Valorar respuestas objetivas al dolor (signos psicológicos, síntomas autonómicos).

Coordinar con terapia del dolor para la instauración de bomba de PCA (Analgésia controlada por el paciente).

Aplicación de terapias no farmacológicas (videos, música, revistas, etc.).

Prevención de infecciones y cuidados de las heridas.

Lavarse las manos antes y después de manipular al paciente.

Utilizar técnicas de barrera durante los procedimientos de rutina para evitar la transferencia de microorganismos, desde una parte del cuerpo a otra.

Usar guantes, gorros, mascarilla y bata de aislamiento entre un paciente y otro.

Limpieza de la herida y desbridamiento.

Atender las áreas limpias antes de las áreas contaminadas.

Cambio de guantes cuando termina la cura de una parte del cuerpo antes de ir a la otra parte.

Examen cuidadoso de la quemadura: color, olor, drenaje y evidencias de cicatrización.

Los instrumentos personales del paciente deben mantenerse exclusivos para él.

Apoyo psicológico.

En los niños, las quemaduras no sólo dañan física y psicológicamente al menor, si no que pueden provocar un quiebre en el equilibrio familiar, implicando cambios en la rutina y relaciones al interior de la familia.

En una primera etapa las Intervenciones están orientadas a la estimulación cognitiva y sensorial, tales como relajación, actividades lúdicas, actividades terapéuticas, las cuales le permitirán al paciente vivenciar logros y distracción, complementando así el manejo

psicológico y apoyando el manejo del dolor. Dar a conocer las el servicio. Los cuidados avanzados de enfermería se sustentan en la utilización de modelos de enfermería en la práctica clínica que permitan una entrega de cuidado de calidad, con sustento teórico de enfermería. Las unidades de paciente crítico son unidades que se relacionan con atención de enfermería centrada en la tarea, en el manejo de la tecnología y actividades rutinarias.

2.2.3 Teorías de Enfermería.

Teoría del Cuidado Transpersonal – Jean Watson.

Watson desarrolló los factores del cuidado hacia una perspectiva ampliada y con evolución de sus ideas y valores, describiendo una “relación de cuidado transpersonal” esencial para su teoría; es un “tipo especial de relación de cuidado humano - una unión con otra persona- muy respetada para la persona y su estar en el mundo”.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: Los valores humanísticos y altruistas, se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras – educadoras. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

Inculcación de la fe-esperanza: Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas facilita la promoción de cuidado enfermero paciente holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La

enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las

creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: La fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud (17).

Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales – Madeleine Leininger.

Leininger defiende que, así como la enfermera es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la

enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar todas las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

La teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales enfermeros, está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y su práctica, todo con la ética adecuada (conocimiento profesional), como base para que las acciones realizadas y las decisiones tomadas en el marco profesional sean coherentes con la cultura.

Es la única teoría centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado humano, factores de estructura social, cuidados genéricos, profesionales y contexto ambiental.

Términos relevantes para su teoría:

Cuidados culturales. Actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente.

Diversidad de los cuidados culturales. Hace referencia a las variables y/o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales. Se referencia a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.

Cuidados enfermeros competentes con la cultura: Hace referencia al uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitarios basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar y salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades o la muerte.

Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar, cambiar y modificar sus modos de vida para obtener nuevos resultados.

Adaptación o negociación de los cuidados culturales. Hace referencia a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura (o subcultura) determinada a adaptarse o a llegar a un acuerdo con otras culturas, para así obtener resultados beneficiosos.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales. Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar.

Enfermería transcultural. Hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanistas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (bienestar).

Contexto del entorno. Se refiere a la totalidad del entorno (físico, demográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guíen las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.

Sistema de cuidados profesionales. Hace referencia a puntos de vista y valores externos o más universales sobre un fenómeno.

Concepción del mundo. Se refiere a la forma en que las personas o los grupos de personas tienden a mirar su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que los rodea (17).

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

Agente: Todo aquello que pueda causar una lesión

Capas: Son las cubiertas de piel las cuales cubren a los huesos, nervios, tendones, arterias, venas, etc.

Contacto Térmico: Quemadura por exposición a temperaturas extremas.

Edema: Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de las cavidades del organismo.

Escaldaduras: Quemaduras causadas por líquidos calientes.

Eritema: Enrojecimiento de la piel condicionado por una inflamación debida a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación.

Flictenas: Ampolla epidérmica, llena de serosidad, que se provoca por un agente traumático o irritante.

Necrosis: Muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o curar.

Nervios: Son tejidos encargados de mandar señales al cerebro como el dolor.

Músculos: Parte del cuerpo que cubre los huesos.

Prevención: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Shock: Es una grave condición médica en la que la perfusión del tejido fino es insuficiente para cubrir la demanda de oxígeno y nutrientes

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. 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 de la Sub Unidad de Atención Integral del Paciente Quemado del Instituto Nacional de Salud de Niño San Borja a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- ✓ Recolección de Datos: Para la recolección de datos se empleó como técnica el análisis documental. Los datos fueron recolectados por la autora del presente informe durante los meses de Enero y Mayo del 2017.
- ✓ Procesamiento de Datos: Los datos fueron codificados e ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS v25.0 (Programa Estadístico para las Ciencias Sociales) para su procesamiento.

- ✓ Resultados: Los resultados se presentan mediante gráficos que dan a conocer los resultados del presente informe.
- ✓ Análisis e interpretación de resultados: Una vez obtenido los resultados del presente informe, se procedió a realizar el tratamiento correspondiente para el análisis de los mismos, por cuanto la información que arrojará será la que indique las conclusiones.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional se dio inicio en el año 2005 en la clínica san Borja en el área de Uci pediátrica, actividad que realice a la par del desarrollo del SERUM. En el periodo 2008- 2013 trabajé en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, el cual brinda asistencia de salud especializada al neonato gravemente enfermo, servicio en el cual pude obtener las herramientas necesarias como: conocimientos, habilidades, destrezas y experiencia que configuraron y complementaron mi perfil profesional.

En el mes de Diciembre del 2013 inicié a trabajar en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Sub unidad de Atención Integral del Paciente Quemado, del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, hasta la día de hoy.

- Descripción del área laboral.

El Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja (INSN-SB), está ubicado en la esquina de la Av. Javier Prado Este Cdra. 33 – con la Av. De la Rosa Toro, Distrito de San Borja, Lima. Tiene un área construida de 32,563.17 m², con 8 pisos y un helipuerto.

Es un Centro especializado y de Alta complejidad que atiende niños, niñas y adolescentes, referidos de otros Hospitales a nivel nacional. Nuestro Instituto cuenta con profesionales de la salud altamente calificados. El proceso de atención empieza por consulta externa de pacientes referidos en las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Cirugía neonatal compleja, Neurocirugía, Atención integral del paciente quemado y Trasplante de Médula ósea.

Misión: Brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea. Simultáneamente se realizará investigación y docencia, estableciendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional.

Visión: Convertirnos en el 2021, en uno de los mejores centros de referencia de la región de América Latina para el tratamiento de patologías quirúrgicas complejas, trasplantes de órganos, tejidos y células.

El eje de Atención Integral del Paciente Quemado brinda atención integral al niño, niña y adolescente quemado, que comprende el tratamiento médico quirúrgico, rehabilitación física y emocional, también la cirugía reconstructiva de contracturas y deformidades post quemadura.

La Unidad de cuidados intensivos de la sub unidad de atención integral del paciente quemado brinda servicios de alta especialización y complejidad, integrado en un centro hospitalario, dotado con los recursos humanos y materiales necesarios para la atención sanitaria basada en evidencia.

Cuenta con una capacidad para 6 pacientes en habitaciones individuales, entorno de alta protección frente a infecciones, equipos de ventilación mecánica y monitorización continua de pacientes críticos, tópico para curaciones, Camas y colchones que facilitan la movilización del paciente y la prevención de úlceras por presión, Acondicionamiento del aire y temperatura regulables.

Cuenta también con el recurso humano necesarios para la adecuada atención de los pacientes con quemaduras críticas: Médicos Intensivistas con dedicación a tiempo completo a la Unidad de Quemados, Cirujano plástico. La atención continuada está cubierta

las 24 horas al día,-365 días al año, por Enfermeras especialistas en cuidados intensivos, 1 enfermera por cada pacientes crítico y personal técnico en enfermería.

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) Área Asistencial

- Brindar cuidados especializados en forma oportuna, integral y permanente al paciente quemado, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.
- Brindar cuidado integral de enfermería especializado en forma continua al paciente.
- Uso de equipos biomédicos para monitoreo hemodinámico.
- Realizar procedimientos invasivos y no invasivos para ayudar al tratamiento y recuperación de la salud del paciente quemado de acuerdo a las guías de procedimiento.
- Aplicar normas de bioseguridad para prevenir y evitar infecciones intrahospitalarias.
- Cautelar la seguridad y la integridad del paciente, garantizando su proceso de recuperación.
- Monitoreo permanente e los signos de alarma.

b) Área Administrativa

- Recepción y entrega de reportes de atención de enfermería al equipo de trabajo en horario establecido.

- Participar y coordinar con el equipo multidisciplinario el tratamiento que requiere el paciente durante su estancia hospitalaria.
- Participa en la planificación, ejecución y evaluación de actividades orientadas a la seguridad del paciente.
- Registrar y reportar los indicadores de calidad de desempeño en forma diaria.

c) Área Docencia

- Participar de actividades de formación y capacitación continua con el fin de fortalecer los conocimientos sobre cuidados de enfermería.
- Contribuir en el desarrollo de nuevas técnicas que mejoren la calidad de atención.
- Supervisar el cumplimiento de actividades al personal técnico de enfermería.

d) Área Investigación

- Elaborar, revisar y actualizar guías técnicas de intervención y procedimientos.
- Elaborar proyectos de mejora continua y de investigación.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

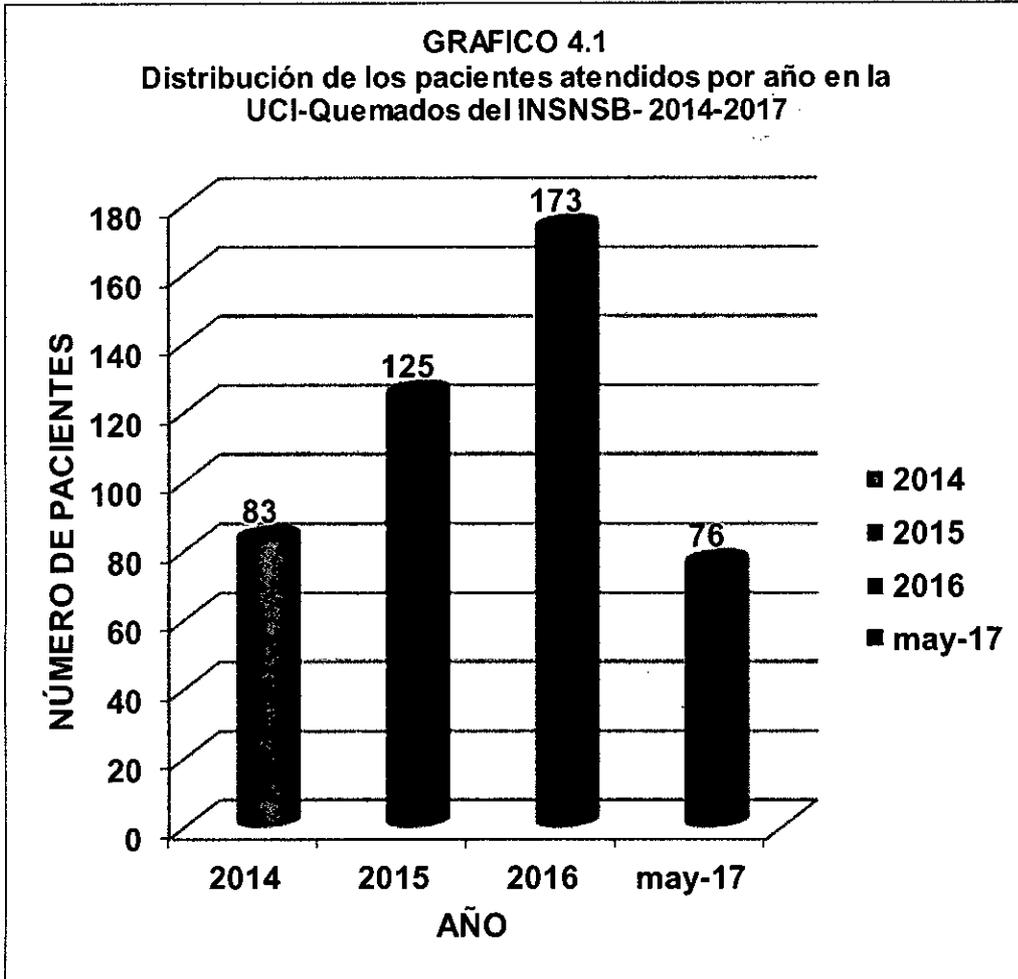
En relación con la labor desempeñada como profesional de enfermería durante estos en estos 4 años en la Unidad de Cuidados Intensivos del Eje quemados se concentran en principalmente en:

- ✓ Colaboración con el comité de elaboración de la hoja de monitoreo para la Unidad de Cuidados Intensivos de Quemados.(Anexo 1)
- ✓ Se implementó el Registro Nacional de Quemaduras, iniciativa que parte del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, apoyándose en la plataforma lanzada por la Organización Mundial de la Salud en Junio del 2016. Documentación precisa (estadística y grafica) de las circunstancias en las cuales la población más vulnerable sufre quemaduras. (implementación del plan de visitas domiciliarias para registrar y analizar circunstancias en las que se producen los accidentes). (anexo 2).
- ✓ Elaboración de guías de procedimiento de enfermería: Guía de colocación de sonda transpilórica en el paciente gran quemado. cuidados de enfermería en pacientes con ventilación mecánica, Con el objetivo de prestar a nuestros usuarios una atención de calidad y contribuir a estandarizar la práctica de enfermería, así mismo sirve de fuente información al tiempo que facilita la atención a personal de nueva incorporación. (anexo 3).
- ✓ Elaboración de la guía de consejería e información de enfermería en la etapa aguda del niño quemado, el cual está dirigido a los

cuidadores con el fin de ayudar en la adaptación del paciente y su familiar, así como a tomar decisiones que les permitan adoptar conductas saludables.

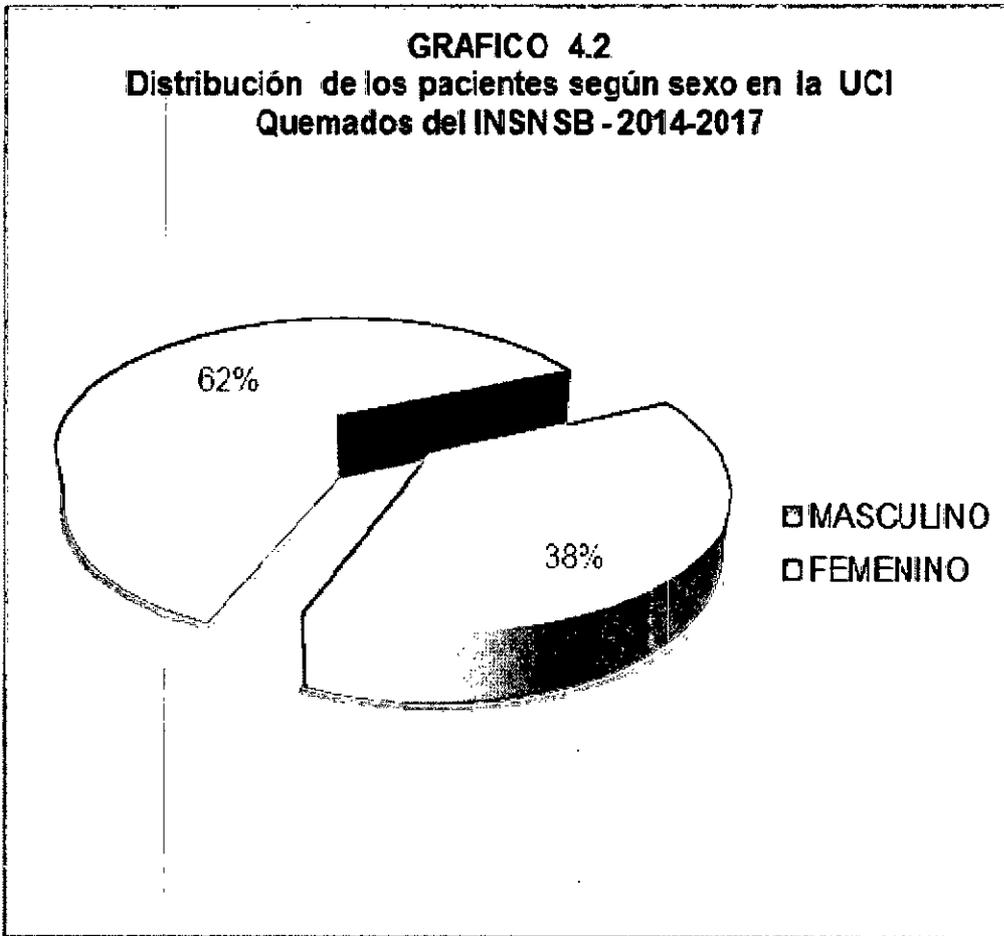
- ✓ Se conformó el comité de docencia y capacitación siendo esta una experiencia enriquecedora en la cual se realizó capacitación permanente durante el año, de todos los miembros del equipo en temas relacionados con la investigación y los adelantos científicos para asegurar recuperación del paciente, el cual conto con ponentes nacionales e internacionales.
- ✓ Formo parte del Comité de Prevención de Quemaduras del Instituto Nacional de Salud del Nino San Borja. El cual se creó el 14 de Enero del 2016 mediante Resolución Directoral No. 04/ 2016/ INSN-SB/T.
- ✓ Siendo parte del comité de prevención de quemaduras del INSNSB. Se realizo difusión de la información en cuanto a principales mecanismos de quemaduras en niños y como evitarlos. (anexo4)
- Limitaciones para el Desempeño Profesional. No se presentaron limitación para la recopilación de la información del presente informe.

IV. RESULTADOS



FUENTE: Tabulado por la investigadora a partir de los datos del cuaderno de registros de la UCI Quemados. INSNSB. (2014 - 2017).

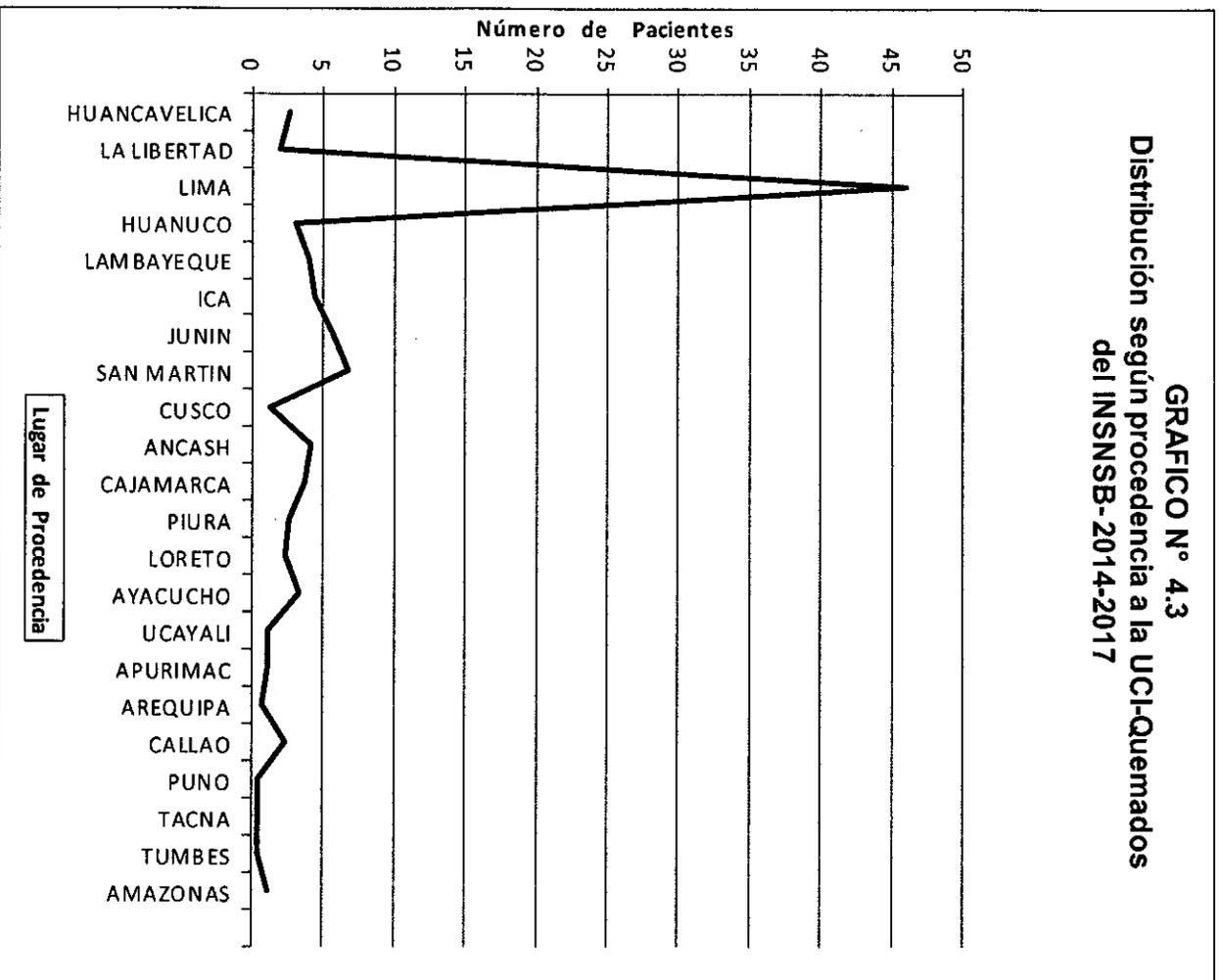
En el año 2014 ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de quemados un total de 83 niños, durante el año 2015 se atendió a 125 niños, en el 2016 ingresaron 173 niños y hasta mayo del 2017 ingresaron 76 niños; haciendo un total de 477 niños y niñas atendidos.



FUENTE: Tabulado por la investigadora a partir de los datos del cuaderno de registros de la UCI Quemados. INSNSB (2014 - 2017).

El 62% de los pacientes ingresados a la UCI – Quemados pertenece al sexo masculino, mientras que un 38% de los pacientes son del sexo femenino.

GRAFICO N° 4.3
Distribución según procedencia a la UCI-Quemados
del INSNSB-2014-2017

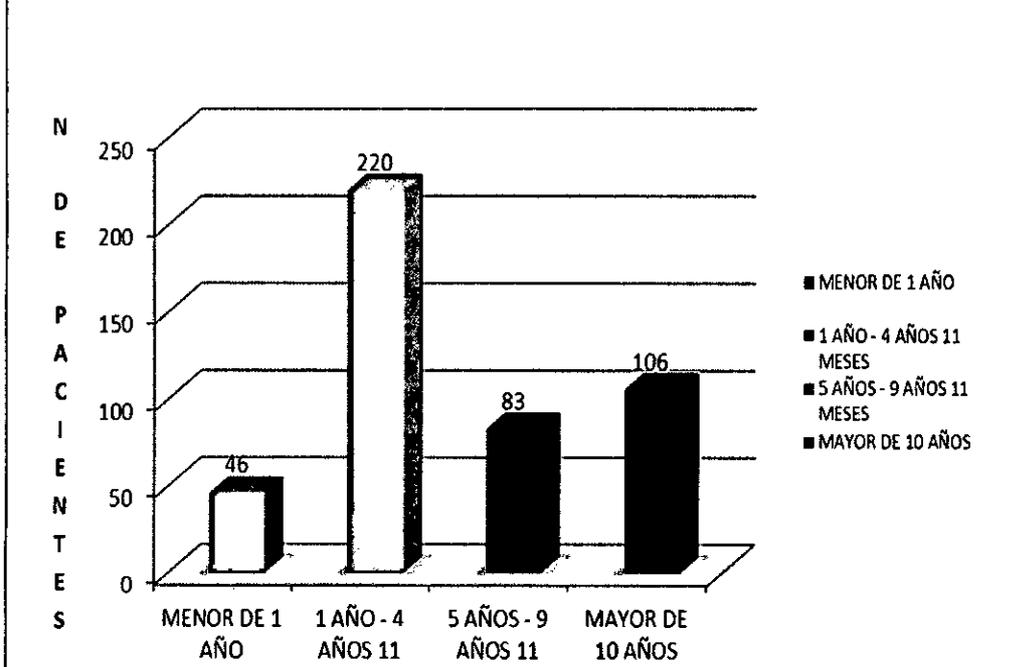


FUENTE: Tabulado por la investigadora a partir de los datos del cuaderno de registros de la UCI Quemados. INSNSB.(2014 - 2017)

El mayor porcentaje de pacientes procedieron de la ciudad de Lima haciendo un total de 46%, el 7 % procedió del departamento de san Martín, el 6% del departamento de Junín y en menor proporción los departamentos de Cusco, Ucayali, Apurímac, entre otros.

GRÁFICO N° 4.4

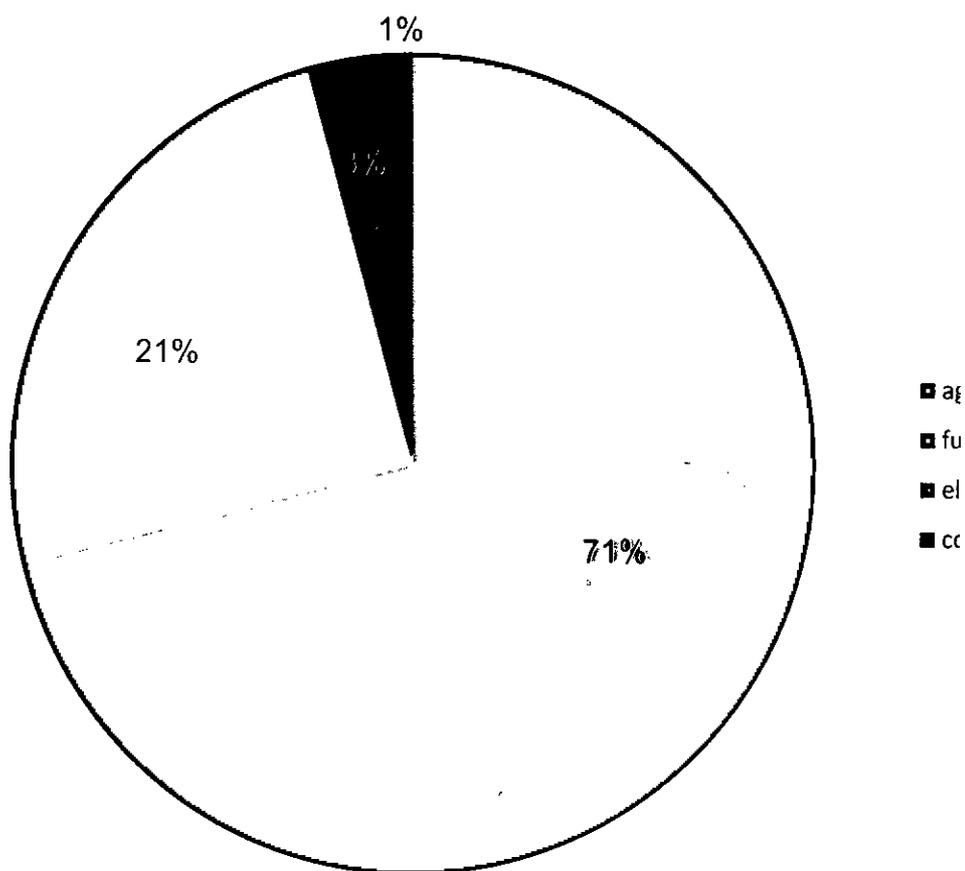
Distribución de los pacientes por grupo atareo en la UCI – Quemados del INSNSB 2014-2017.



FUENTE: Tabulado por la investigadora a partir de los datos del cuaderno de registros de la UCI Quemados. INSNSB(2014 - 2017)

De los pacientes ingresados por quemadura a la Unidad de Cuidados Intensivos-Quemados el 48% (220) está comprendido en la edad de 1 año a 4 años 11 meses, el 23% (106) es mayor de 10 años, seguido de un 18% (83) se encuentran en la edad de 5 años a 9 años 11 meses, mientras que los menores de 1 año representan el 10% del total de pacientes ingresados a la unidad.

GRAFICO N 4.5
Distribución según etiología de la quemadura en la UCI - Quemados del INSNSB 2014-2017



FUENTE: Tabulado por la investigadora a partir de los datos del cuaderno de registros de la UCI Quemados. NSNSB (2014 - 2017)

La causa más frecuente de accidente por quemadura es el agua caliente 71%, seguido de las quemaduras por fuego directo con un 21%; las quemaduras eléctricas alcanzan el 3%, mientras que las quemaduras causadas por corrosivos el 1 %.

V. CONCLUSIONES

- a) Las quemaduras constituyen uno de los accidentes más frecuentes y principales motivos de la tasa de mortalidad en el mundo, siendo los niños uno de los grupos más vulnerables, la rápida intervención de los cuidados de enfermería es crucial para salvar la vida del paciente, exigiendo en la enfermera conocimientos, competencias y habilidades pertinentes.
- b) Los cuidados de enfermería desempeñan un papel vital en la curación de las quemaduras, tanto en la fase aguda reanimación y estabilización de la víctima de quemaduras como también en la evolución de las lesiones, minimizando las complicaciones propias del trauma térmico.
- c) Los avances y la influencia de la tecnología expande el rol de la enfermera, por ello los cuidados de enfermería en pacientes con quemaduras deben integrar la experiencia con la mejor evidencia científica.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Al Departamento de Enfermería capacitar y comprometer al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Eje quemados en un programa de capacitación continua sobre los Cuidados de Enfermería, en las diversas fases del paciente gran quemado con la finalidad de brindar un mejor cuidado enfermero.

- b. A las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Eje Quemados, elaborar una Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, el cual sirva de orientación y permita uniformizar los cuidados de enfermería en el paciente quemado.

- c. A las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Eje Quemados, elaborar y publicar trabajos de investigación, el cual provea de una base para evaluar la condición de salud del paciente quemado, determinar las necesidades de atención y facilitar el cuidado continuo de la enfermera.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Quemaduras**. Disponible en: [http://www.reporteepidemiologico.com/wpcontent/uploads/2015/pdf.articulo web. Consultado el 29 de abril del 2017.](http://www.reporteepidemiologico.com/wpcontent/uploads/2015/pdf.articulo%20web.pdf)
- 2.-.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños**. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_s pa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf). Consultado: 16 abril 2017.
- 3.-FERNÁNDEZ E, GÁLVEZ L, FERNÁNDEZ C, NAVAJAS J, GÓMEZ E, SALINAS J. **Epidemiology of burns in Málaga, Spain**. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ 9248642](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9248642). Consulta: 16 abril 2017.
- 4.-M DANILLA S, PASTÉN JA, FASCE G, DÍAZ V, IRURETAGOYENA. **Mortality trends from Burn Injuries in Chile: 1954-1999**. *Burns* Vol 30 (4): 348-356. 2004.
- 5.-SAAVEDRA O., ROLANDO ET AL. **Quemaduras en niños por volcamiento de cocina**. *Rev. Chilena. Pediatría*. vol.72, (2):121-127 Mar 2001. ISSN 0370-4106.
- 6.-INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO DE BREÑA. **Libro de Registro de Pacientes del Servicio de Quemados**. 1998-2012.

- 7.-INSTITUTO NACIONAL de SALUD del NIÑO SAN BORJA. **Libro de Registro de Pacientes del Eje Quemados 2013-2017.**
- 8.-MEDA V; BALDIN B; ECHEVARRÍA-G; FARINA J; ROSSI V. **Quemaduras en ambiente doméstico: características y circunstancias del accidente.** Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* vol.18 (3) May/June2010. [revista en internet]. Disponible <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692010000300021>. Consulta: 6 Abril 2017.
- 9.-GARCÍA L, GÁNDARO P, CARDOZO N, ET AL. **Conceptos, actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años.** Uruguay. *Arch. Pediatr.* vol.79 (4) Dic2008. [revista en internet] Disponible en : <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492008000400003>. Consulta: 6 Abril 2017.
- 10.-VERA-VILLARROEL P, CORTÉS L, GUTIÉRREZ M Y DÍAZ P. **Propiedades psicométricas de un instrumento de creencias, conocimientos y conductas para la prevención de quemaduras en niños.** Chile; 2004. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, vol.22,(2), 123-126 [revista en internet] 2004. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/785/78522203/>. Consulta: 6 Abril 2017.
- 11.-SAAVEDRA O, CONTRERAS N, CORTÉS P, CORNEJO A. **Quemaduras en niños por volcamiento de cocina.** Chile; 2001 *Rev. chil. pediatr.* vol.72 (2). [revista en internet] 2001. Disponible

en:<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000200006>. Consulta: 6
Abril 2017

- 12.-PIRIZ R. **Enfermería Medico Quirúrgica. Quemaduras: Clasificación y Manejo.** Cap 73. Pag.1123- 1137. Disponible en [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo %20quemaduras%20conceptos%20claificacion.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo_%20quemaduras%20conceptos%20claificacion.pdf). Consulta: 10 Abril 2017.
- 13.-COLIMON K. **Niveles de Prevención.** *Scielo*. vol.33 (1). [revista en internet] 2011.. Disponible en: www.scielo.edu.uy. Consulta: 6 Abril 2017.
- 14.-MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. **Guía Práctica de consejería para adolescentes y jóvenes.** 2011. Cap 5 objetivos y características de los programas y acciones preventivas pág. 34 -35.
- 15.-GARCÍA G, RODRÍGUEZ M, BENIA W. *Niveles y Estrategias de Prevención*. Tomo I. Montevideo, Fefmur. 2008. p. 19-26.
- 16.-SERVICIO ANDALUZ de SALUD, **Guías de Práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras.** Disponible en: www.juntadeandalucia.es. Consulta: 12 Abril 2017.
- 17.- ALFARO-LEFEVRE R. **Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración.** Barcelona: Elsevier Masson; 2003. p 122-161.

ANEXOS



PERU

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Anexo3: Guía de Práctica Clínica “Colocación de Sonda Transpilórica

I.- Finalidad

Uniformizar los criterios técnico – operativos, administrativos y de gestión orientados al aporte nutricional en los usuarios del servicio de UCI Quemados del Instituto Nacional de salud del Niño- San Borja.

II.-Objetivo

Estandarizar los pasos a seguir para la colocación de la Sonda Transpilorica en UCI Quemados del Instituto Nacional de salud del Niño- San Borja.

Objetivos Específicos:

1. Lograr un estado nutricional adecuado en 24 horas.
2. Mantener una correcta función intestinal gracias al efecto trófico derivado de la presencia de nutrientes en la luz intestinal.

III.-Ambito de Aplicación

Servicio de UCI Quemados del Instituto Nacional de salud del Niño- San Borja.

V.-Consideraciones Generales

DEFINICION DE COLOCACION DE SONDA TRANSPILORICA:

Consiste en la introducción de un tubo flexible través de las fosas nasales, hacia el píloro del paciente crítico quemado.

EQUIPO Y MATERIAL:

- Sonda según calibre elegido.
- Guantes estériles.
- Lubricante (lidocaína gel).
- Jeringa de 50 cm.
- Esparadrapo.
- Tegardem.
- Estetoscopio.
- Gasas estériles.

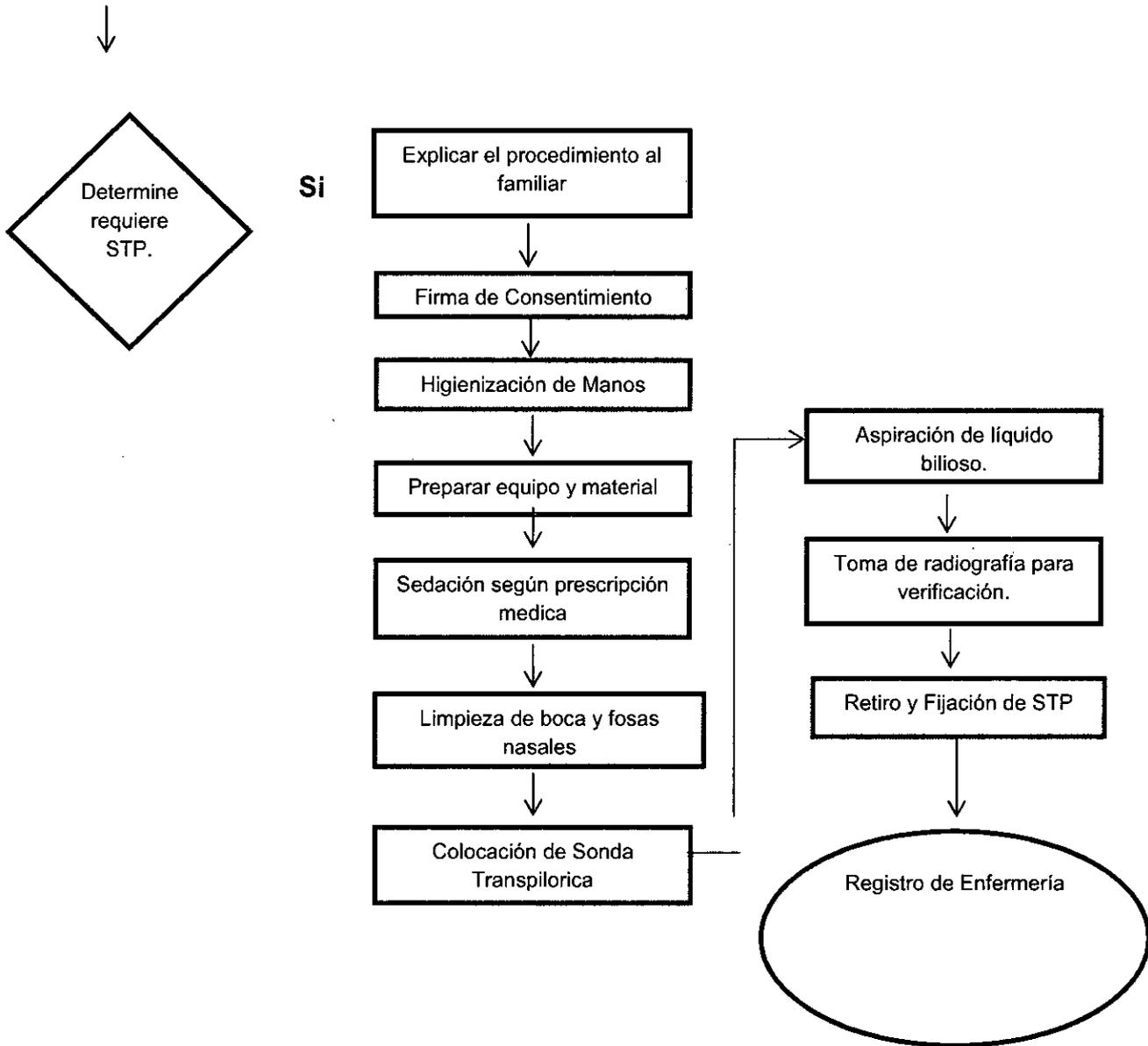
PROCEDIMIENTO:

1. Informar al familiar directo (padre o madre) sobre el procedimiento.
2. Hacer firmar consentimiento informado.
3. Higienización de manos.
4. Preparar equipo y material necesario.
5. Sedación del paciente según prescripción médica
6. Limpiaremos la boca y los conductos nasales.
7. Medir la longitud de la sonda y señalarla. Realizaremos dos marcas, la primera hasta el estómago y la segunda hasta el píloro.
8. Colocar al paciente en posición semifowler
9. La longitud que hay que introducir hasta el estómago se calcula midiendo la distancia entre el punta de la nariz al lóbulo de la oreja y entre ésta hacia el apéndice xifoides.
10. Para calcular la longitud hasta el píloro añadiremos de 10-20 cm necesarios hasta el ángulo costal inferior derecho. La mayor parte de las sondas tienen marcas y distancias en cm. que facilitan estas mediciones.
11. Con la cabeza girada hacia la derecha se introduce la sonda por la fosa nasal haciéndola avanzar de forma progresiva hasta alcanzar la primera marca realizada y que nos indica la llegada al estómago.
12. Se comprueba inyectando 10-20 cc de aire a través de una jeringa conectada a la sonda y auscultando con el fonendoscopio, aplicado sobre

el epigastrio, la turbulencia producida por el aire a su paso por el estómago.

13. A continuación colocaremos al paciente en decúbito lateral derecho.
14. Se hace avanzar la sonda hasta la segunda marca inyectando 2 cc de aire cada 2 cm. de sonda, auscultando en el hipocondrio derecho para comprobar que la sonda está bien dirigida.
15. Una vez que la segunda marca está a la altura de la fosa nasal, se inyectan 10 cc de aire. Si aspiramos con dificultad menos de 2 cc la sonda debe estar bien posicionada. A la auscultación se oirá un gorgoteo en el hipocondrio derecho.
16. Se introduce la sonda unos cm. más para intentar dejarla en la última porción del duodeno.
17. Para comprobar la situación de la sonda se aspira líquido bilioso y se hará un control radiológico.
18. Después del control radiológico si la STP queda en la línea media, administrar metoclopramida 0.15 mg/kg/ según prescripción médica para facilitar el tránsito del estómago al duodeno.
19. Retiro de guía y fijación de STP.
20. Registrar el procedimiento en la HCL.

FLUXOGRAMA:



ANEXO 4: Campañas de Prevención “NO MÁS NIÑOS QUEMADOS”



La campaña se realizó en el marco del mes de la prevención de quemaduras, siendo una de las principales causas de mortalidad infantil en el mundo. En el 2014 el INSN SB reportó cerca de 900 pacientes nuevos por quemaduras, el 80 por ciento causado por líquidos calientes y descuido de los padres en el hogar.

Durante el evento también se presentó el spot oficial de la campaña dirigido especialmente a los padres de familia para que tomen conciencia de que estos accidentes se pueden evitar tomando las precauciones necesarias.

