

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son afecciones que generalmente suceden y sus consecuencias están representadas por las lesiones que atacan a la piel, en donde requieren servicios en centros dispensadores de salud en la mayoría de los casos por un largo período de hospitalización. El grado de las lesiones generalmente actúa hasta en el comportamiento mediato y tardío de la víctima, hecho que exige una atención en la cual se cubran aspectos de índoles tanto del dominio sobre quemadura como de las acciones a recibir.

Es importante, destacar que los servicios de enfermería constituyen un pilar esencial del sistema de atención a la salud, ya que las enfermeras(os) coordinan, planifican, interpretan y evalúan la práctica de la enfermería en todos sus niveles, estableciendo así metas y prioridades para la atención a los pacientes con quemaduras.

Es por ello, que el profesional de enfermería como agente de cambio debe plantear iniciativas para mejorar la calidad de vida de estos pacientes desde el momento que son referidos a la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del hospital, orientadoras en aspectos psicológicos, rehabilitación, cuidados específicos, autoestima, prótesis y reconstrucción, entre otros temas.

Desde ese orden se decide desarrollar, la investigación con enfermeras(os) como parte del equipo de salud, con la finalidad de determinar el conocimiento que posee la enfermera(o) sobre la prevención de complicación en pacientes con quemaduras en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito, Caracas, en el tercer trimestre 2008.

El contenido de la investigación a realizar se presenta en cinco capítulos que se describen a continuación:

El capítulo I, presenta el planteamiento del problema, objetivos general y específicos, y la justificación del estudio.

El capítulo II, se distingue con el nombre de: Marco Teórico y contiene: los antecedentes del estudio, las bases teóricas que sustentan la investigación, se plantea el sistema de variable única y su operacionalización, así como la definición de términos básicos utilizados.

El capítulo III, se refiere al Marco Metodológico que sirve para llevar a cabo la investigación y lograr los objetivos propuestos; contemplando el tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos para recolectar la información, validez y confiabilidad, procedimiento para la recolección de los datos y las técnicas de análisis.

El capítulo IV, denominado resultados de la investigación, se hace la presentación de los resultados, el análisis e interpretación de los mismos.

Finalmente, se presenta el capítulo V, contenido de las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La atención al paciente quemado requiere de la participación de la enfermera(o) cuyas actividades son específicas e insustituibles, las cuales están dirigidas a la prevención de complicaciones que dependerán de la localización, extensión, profundidad y agente causal de la quemadura, con una adecuada atención a estos pacientes se obtendrá la pronta recuperación y reincorporación de los mismos a la sociedad.

Una quemadura es uno de los sucesos más traumáticos que una persona y su familia puede sufrir, a diferencia de las heridas graves o de las enfermedades debilitantes que siguen su curso, una quemadura puede representar el mayor desequilibrio fisiopatológico al cual se expone el ser humano, produciendo una alteración multisistémica que obliga a ser tratado multidisciplinariamente.

La piel es uno de los órganos más extensos del cuerpo humano, que consiste en tejidos unidos estructuralmente para realizar actividades específicas, la misma se encuentra dividida en dos capas la dermis y la epidermis cuyas funciones son de protección, inmunología, termorregulación,

reposición de líquidos, neurosensorial y metabólica; estas funciones le darán importancia clínica a la gravedad de las complicaciones de una quemadura, de allí radica la importancia del conocimiento amplio y claro sobre el tipo de atención que se debe proporcionar a los pacientes quemados.

Debido al deterioro gradual que generan las quemaduras y la diversidad de complicaciones que acarrean, entre las que se encuentran infecciones, úlceras, no hay cicatrización y dolor, entre otras, el personal de enfermería debe estar preparado para ejercer una serie de cuidados de calidad de la piel lesionada que garanticen la recuperación rápida y eficaz, como son las técnicas de baño en cama y arreglo de la unidad que permita estimular la circulación periférica en la zona expuesta, además de proporcionar comodidad adecuada, alimentación, higiene y comodidad. Cabe destacar que la enfermera(o) debe poseer conocimientos sobre la nutrición adecuada, ya que esto permite realizar cuidados centrados en la nutrición del enfermo.

Las enfermeras(os) en la práctica de los cuidados al paciente con quemaduras deben poseer el conocimiento adecuado para ofertar una atención de calidad a este tipo de pacientes, y no estar alejados de los elementos del deber ser que pudieran obedecer a la falta de conocimiento, así mismo la unidad mencionada debe contar con los recursos materiales y humanos para la consecución del restablecimiento

de la salud del paciente con quemaduras, evitando así una larga estadía hospitalaria y consecuentemente aumento del costo presupuestario de la institución.

Las infecciones denominador común de las quemaduras, evolucionan hacia una sepsis o septicemia que pueden provocar incapacidad o muerte. Estas apreciaciones tienen un fundamento de prevención que garantizarán la seguridad del enfermo, si el personal de enfermería realiza las actividades orientadas hacia el logro de una recuperación rápida y sin complicaciones, proporcionando al paciente quemado la higiene y comodidad, nutrición, oxigenación y la cura de heridas adecuadas.

Sin embargo, de acuerdo a registros de historias médicas del Hospital "Dr. Domingo Luciani", en el período comprendido entre Marzo 2007 al 2008, los pacientes adultos con quemaduras hospitalizados en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva presentaron infecciones en la superficie del tejido quemado, es decir, "de 86 pacientes con quemaduras que fueron hospitalizados, el 75% presentó infecciones una vez trasladados desde el área crítica hacia el Servicio de Hospitalización" (p.5). Aunado a lo expuesto, entre otras complicaciones se encuentra la desnutrición y algunos presentaron desequilibrio emocional y en este porcentaje de un 25% después de algunos días hospitalizados mueren. La referencia continúa señalando que todas estas complicaciones se presentan al trasladar a estos pacientes

al área de hospitalización, luego de haber permanecido en el área de Unidad Clínica Intensiva.

En este sentido, de acuerdo a la referencia, ésta indica que estos pacientes al ser trasladados al servicio de hospitalización se complican. En consideración de ello, cabe recordar al personal de enfermería quienes se encuentran dando asistencia a estos pacientes durante las 24 horas por medio de los tres turnos laborales (7 am a 1 pm, 1 pm a 7 pm y de 7 pm a 7 am).

Sobre la base de los argumentos antes expresados, las autoras consideran necesario formular las siguientes interrogantes:

¿Qué sabe enfermería sobre aspectos generales en quemaduras?

¿Qué sabe enfermería sobre la atención integral requerida en el paciente quemado?

En respuesta a estas interrogantes se plantea el siguiente problema de investigación.

¿Cuál es el conocimiento que posee la enfermera(o) sobre la prevención de complicaciones en pacientes con quemaduras en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito, Caracas, tercer trimestre del año 2008?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el conocimiento que posee la enfermera(o) sobre la prevención de complicaciones en pacientes con quemaduras en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito, Caracas, en el segundo trimestre del 2008.

Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento que posee la enfermera(o) sobre los aspectos generales en quemaduras.
- Identificar el conocimiento que posee la enfermera(o) sobre la atención integral requerida en el paciente quemado.

Justificación

El ser humano desde todo punto de vista siempre busca satisfacer sus necesidades, una de ellas es la búsqueda para solventar problemas a través del conocimiento. Enfermería como una profesión científica apela a la investigación, la mayoría de las veces con la intención de mejorar la asistencia, ya que bien sea en el área que se encuentre continuamente se recurre a la investigación para obtener nuevos conocimientos en beneficio del paciente y grupos.

Desde ese orden, al identificar el conocimiento del personal de enfermería se busca con los resultados del estudio contribuir en informar al personal sobre la práctica que tienen en función de la prevención de complicaciones en pacientes con quemaduras, asimismo contribuir al proceso de la investigación, permitiendo resaltar la importancia de la actuación de enfermería en la aplicación de técnicas y procedimientos para evitar la complicación del paciente quemado, sobre todo al corroborar la situación planteada en el problema es un hecho que justifica el desarrollo de la investigación.

En el contexto práctico, se espera encontrar soluciones concretas para reorientar el cumplimiento de las funciones asistenciales de enfermería en la prevención de complicaciones en pacientes quemados y, por ende, mejorar la calidad asistencial.

Por lo tanto, el desarrollo de la investigación es de gran relevancia ya que todo paciente con quemaduras debe recibir una atención donde se considere como un todo, es decir, de forma integral y que el personal de enfermeras(os) deba poseer las habilidades y destrezas desde un marco científico que les permita brindar una atención en forma adecuada y acorde con las necesidades y expectativas de estos pacientes y con esta investigación se realizará un aporte teórico y metodológico, motivo por el cual este personal debe tener un nivel cognoscitivo con habilidades y destrezas

en su desempeño que le permitan al paciente sentirse satisfecho con la atención recibida en función del logro de una recuperación oportuna y eficaz.

Se espera con esta investigación cubrir las expectativas, además de contribuir a futuro, con una mejor atención hacia el paciente con quemaduras, y así lograr que estas personas alcancen su bienestar bio-físico-social donde se pueda resguardar y satisfacer sus necesidades, en respuesta de este tipo de pacientes, lo que contribuiría a disminuir no sólo su período de estadía en el hospital, sino también evitar complicaciones y poder reinsertarlo a su núcleo familiar para que éstos le puedan brindar los cuidados en el calor del hogar al lado de sus familiares.

El logro que se obtendrá con este estudio será de gran aporte para investigaciones posteriores, que servirán de antecedente en estudios sobre las quemaduras en dimensiones diferentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El contenido de este capítulo corresponde a los antecedentes de investigación, bases teóricas, sistema de variable con su operacionalización.

Antecedentes de la Investigación

A continuación se presentan los antecedentes de investigación relacionados con la variable en estudio.

Altuve, H. Armas, M. y Mijares, M (2002) realizaron una investigación en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” del Estado Carabobo, titulada “Calidad de los Cuidados de Enfermería en la Atención del Usuario” donde se planteó como objetivo principal determinar la calidad de los cuidados brindados por enfermería, su sustentación teórica estuvo representada en los enfoques la estructuración del sistema u operacionalización de la variable objeto del estudio. El diseño metodológico lo ejecutaron a través de una indagación de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, el mismo se llevo a cabo en un grupo de la unidad señalada, representado por una muestra de veinte (20) usuarios. Utilizando para la recolección de la información un cuestionario con cuarenta y seis (46) ítemes aplicado a la población referida. Los resultados de la investigación

permitieron concluir que los cuidados de enfermería aplicados se mostraron dentro de los niveles de satisfacción para los usuarios, evidenciándose debilidades en la relación de ayuda que deben establecer las enfermeras en los cuidados dirigidos, en la prontitud y en la comodidad de la prestación de esos cuidados.

Flores, M. y Guedez, M (2000) realizaron una investigación en la Unidad de Cirugía y Traumatología del Hospital “Dr. Luis Razetti” del Estado Barinas, titulado “Calidad de los Cuidados de Enfermería en la Atención al Paciente Quemado”, cuyo objetivo principal fue determinar la calidad de los cuidados de enfermería en la atención al paciente quemado en su dimensión satisfacción de las necesidades básicas y seguridad ambiental. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo, la población estuvo representada por ocho (8) enfermeras de atención directa. Para la recolección de la información utilizaron un instrumento, guía de observación directa. El análisis estadístico lo realizaron a través de la distribución de frecuencia, porcentajes y representados en cuadros y gráficos estadísticos. Los resultados de las características estudiadas demostraron que la atención que dan las enfermeras para satisfacer las necesidades y proporcionar seguridad ambiental al paciente quemado no es completa.

Arévalo, J. M., Lorente, J. A. (2000) elaboraron una investigación titulada Los Pacientes Quemados Críticos Presentan Hipoxia de la Mucosa

Intestinal que se Relaciona con el Daño por Inhalación y la Mortalidad Julio-Agosto-Septiembre 2000. Unidad de Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Madrid (España). La tonometría intragástrica es una técnica mínimamente invasiva que permite analizar el estado de oxigenación del área esplácnica. La presencia de hipoxia tisular en esta región se evalúa mediante la medición de la diferencia entre la pCO₂ arterial y la pCO₂ intragástrica (ApCO₂). Diversos estudios experimentales han objetivado que el daño pulmonar por inhalación se asocia con vasoconstricción esplácnica. El presente estudio clínico prospectivo, ha sido realizado en pacientes con quemaduras extensas (>20%) y/o con síndrome de inhalación de humo. Los estados disóxicos esplácnicos han sido objetivados mediante tonometría. Las hipótesis planteadas son: >] el traumatismo por quemadura produce hipoxia de la mucosa intestinal, I)] el desarrollo de neumonía y muerte en el paciente quemado crítico se relacionan con la presencia de acidosis de la mucosa intestinal y con la lactatemia y " los pacientes con daño pulmonar por inhalación de humo presentan hipoxia de la mucosa intestinal. Los resultados obtenidos describen por primera vez en pacientes quemados críticos: la presencia de acidosis en el área esplácnica durante la fase de resucitación, a pesar de la normalidad de los parámetros clínicos habituales, II] la relación entre la hipoxia intestinal y el desarrollo de neumonía y la supervivencia y IM la existencia de un patrón particular de acidosis intramucosa intestinal en pacientes con daño por inhalación de humo (DPn,

sugiriendo la existencia de vasoconstricción esplácnica en el período comprendido entre las horas 24 y 36 posquemadura. Palabras clave Quemaduras, Hipoxia intestinal.

De igual forma Ávila, A (1998) con su trabajo que cuyo título es “Calidad de los cuidados de enfermería y su relación en la satisfacción de las necesidades básicas del usuario”, realizado en el área de emergencia y cuyo objetivo fue dar a conocer la calidad de los cuidados que oferta enfermería para satisfacer las necesidades básicas del usuario. El tipo de investigación fue descriptiva, prospectiva, correlacional y de campo. La población estuvo constituida por 2 enfermeras de atención directa y 10 usuarios hospitalizados (reingreso) concluyendo la investigadora que la calidad ofertada por enfermería se ve interferida por no realizar de forma sistemática las mismas actividades para satisfacer totalmente las necesidades básicas del usuario.

Bases Teóricas

Corresponden a referencias bibliográficas que sustentan la variable en estudio.

Enfermería como profesión existe como una respuesta a una necesidad de la sociedad y hace suyos los ideales relacionados con la salud del hombre a lo largo de su existencia. La enfermería orienta sus esfuerzos hacia la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud; la

prevención de enfermedades, el consuelo del sufrimiento y la garantía de una muerte en paz cuando la vida ya no puede prolongarse.

La profesión tiene una visión integral considerando al individuo como un ser holístico con capacidades para establecer objetivos y tomar decisiones, consciente del derecho y la responsabilidad de elegir de acuerdo a sus creencias y valores personales, lo que implica la comprensión en aceptar a la profesión de enfermería competente en el desempeño relacionado a la profesión en sí.

Destaca Leddy, S. (1992):

En el comportamiento profesional, la enfermera necesita demostrar iniciativa y creatividad para participar con eficiencia como profesional en las asistencias con el paciente. Ello requiere prontitud necesaria para valorar las necesidades en el paciente, ofrecer ideas creativas para actuar en pro de la recuperación oportuna y en el fomento de la salud. (p.75)

De acuerdo a la referencia, la profesión de enfermería debe contar con una identidad propia que tiene como fin fomentar la salud y prestar un compromiso para la rehabilitación oportuna del enfermo, lo que implica el desarrollo de actividades en los cuales la enfermera toma el control de su asistencia enmarcado en la profesionalidad y la responsabilidad del comportamiento de cada acción a brindar directamente con el paciente. Por lo tanto, las autoras del estudio consideran necesario el uso de las siguientes estrategias requeridas en el comportamiento profesional de la enfermera(o):

- Concentrar en el problema del paciente, respondiendo con la proporción de una asistencia basada en metas.
- Hacer entender que primero es asistir al paciente
- Empleo de habilidades y destrezas.
- Capacidad para la creación de una autoimagen positiva.
- Fomento para la creación de una fuerza constructiva entre el gremio y demás integrantes del equipo.
- Intensificación en los procesos educativos y terapéuticos.

Estos planteamientos buscan la aplicación de una profesión basada en conocimiento, que proyecten un razonamiento esencial para la asistencia. Estos conceptos incluyen por supuesto la cognición que debe derivar y pertenecer en este caso al aspecto clínico al campo de la asistencia. Desde ese ángulo, la profesión de enfermería requiere de una identidad e imagen profesional basada en conocimiento.

Al respecto, Leddy, S. (Op.Cit.):

Los procesos que participan en el pensamiento o cognición, esto se relaciona con la mente, con la forma que la mente adquiere y emplea los conocimientos, en otras palabras, se refiere a la manera en que se desarrolla la inteligencia. La cognición es semejante a otros sistemas biológicos, es decir, posee una estructura, pero mantiene también cierta capacidad de adaptación con el ambiente. (p.148)

De acuerdo a la referencia, el componente referido al conocimiento forma parte de la capacidad de la persona íntimamente relacionada al medio. Es decir, son características presentes en las cuales la mente, al ser estimulada de manera constante, asimilará nuevos aspectos por medio de un patrón intelectual de estímulo al desarrollo de la cognición; esta acomodación de saberes impulsará nuevas capacidades por medio de la información.

Relacionando estos aspectos con el conocimiento en el profesional de enfermería que da asistencia directa al paciente quemado del servicio de hospitalización, hay que considerar en toda instancia el mantenimiento de un equilibrio o balance, entre la asimilación y la acomodación con el propósito de un crecimiento intelectual constante. Al respecto, Leddy, S. (Op.Cit.) refiere “la adquisición constante de informaciones hace que el desarrollo cognoscitivo continúe cíclicamente hacia un pensamiento complejo” (p.296). Esto permite, según la misma autora, aprender a diferenciar y comprender la asimilación y acomodación del pensamiento requerido, en consecuencia, las respuestas surgen y los conceptos pueden ser clasificados.

En ese marco referencial, el conocimiento de la enfermera(o) en cuanto a la asistencia del quemado en el servicio de hospitalización debe ser basado en una realidad concreta con soluciones basadas no solamente en la enfermedad, sino también en la persona, valores, creencias y aptitudes. El

empleo de esta capacidad de cognición debe por regla incluir las modificaciones estratégicas de asistencia basadas en las necesidades encontradas en las evaluaciones hechas al paciente, por lo tanto, el conocimiento requiere el desarrollo del pensamiento por medio del:

- Razonamiento.
- La lógica.
- Asimilación.
- Acomodación.

El razonamiento: Según Lawrence Kohlberg (1981) “trata de explicar el desarrollo de los procesos que sirve de base a la moralidad en lugar de limitar o determinar si un comportamiento es moral o no” (p.149). De acuerdo a la referencia, este segmento identifica si la persona actúa de una manera determinada con el fin de obtener aprobación, por lo tanto, lo correcto en el personal de enfermeras(os) en este caso es hacer un buen rol asistencial (atención directa) con el paciente quemado.

La lógica: Corresponde a lo que se considere la verdad. El componente de la lógica es un acto que define lo verdadero, lo correcto, lo ideal, etc. En el caso del conocimiento presente en la enfermera(o), la lógica es representada por la capacidad contenida en las habilidades y destrezas durante la asistencia al paciente quemado.

Asimilación: En lo referente a este componente también forma parte del conocimiento y de las estrategias de intervención en lo que compete a la enfermera(o) y su relación al trato de incentivo para la captación constante de nuevos aprendizajes que satisfagan las necesidades de conocimiento en pro de una mejor asistencia (procesos, protocolos).

Acomodación: Es la capacidad de asimilación del aprendizaje que hace la cognición adquiere mayor fluidez y espontaneidad. En ello se puede vislumbrar el enriquecimiento constante del conocimiento por medio de nuevos aprendizajes.

La reversibilidad del pensamiento como parte del conocimiento representa el enriquecimiento intelectual promovedor al desarrollo de la cognición, proceso por el cual la enfermera(o) a través de etapas bien definidas deben demostrar en cada una de sus acciones con el paciente que serán descritas brevemente a continuación:

- Conocimiento sobre la enfermedad.
- Situaciones de riesgo o su potencial.
- Manejo en la asistencia.
- Comprensión.

Todos estos aspectos deben estar dentro de un equilibrio de acomodación y asimilación constantemente en pro de una asistencia de

calidad y humanizada en ayuda al paciente a recuperar la salud. Dice Leddy, S. (1992) “con respecto al enfoque humanista por parte de la ayuda del profesional de enfermeras, desde tiempos de Florence Nightingale, el servicio hacia la sociedad exige integridad, ética, amor, comprensión que conduzca a un compromiso e integridad necesaria para hacer lo correcto” (p.51). Es decir, servir a la gente implica la comprensión basada en la esencia de la práctica con un proceso de pensamiento lógico.

A su vez, Freedman, Kaplan y Sandock (1982) consideran “el enfoque humanístico en la relación de ayuda está ceñido estrechamente a la actividad que centre concretamente en la valoración y solución de una situación dada centrada en el paciente” (p.76). Este planteamiento ve a la relación de ayuda con enfoque humanista cuando hay una acción o un cuidado que lo justifica y, a su vez, es integrado a la persona (enfermera(o)-paciente).

Estos conceptos se prestan a la consideración de que la relación de ayuda se encuentra dentro de un marco de referencia de configuración y construcción de un sistema de valores. En ese orden, al relacionarlo con la investigación, la cual busca determinar el conocimiento de la enfermera(o) con el adulto quemado hospitalizado, cabe considerar un mayor carácter profesional del trato con estos pacientes donde se ponga de manifiesto conocimiento y experiencia unidos con la intención clara de ayudar y de cuidar. Esto corresponde a una perspectiva de la opción personal, donde

media el cuidado de la enfermera(o) en cuanto a una coordinación mutua entre todo el equipo de salud encargado de la asistencia del quemado con tendencia orientadora y de seguridad.

La esencia del conocimiento es precisamente dar cuidado y ayuda organizada y en lucha para dar una asistencia de forma consciente y racional. En ese sentido, el conocimiento conduce al uso de iniciativa para el aporte de ese cuidado desde un orden de humanidad.

Aspectos Generales en Quemaduras

Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel, las cuales consisten en pérdidas de sustancia de la superficie corporal producidas por distintos agentes (calor, frío, productos químicos, electricidad o radiaciones como la solar, luz ultravioleta o infrarroja, etc.), que ocasionan un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un aumento de la permeabilidad vascular. El grado de la lesión (profundidad de la quemadura) es el resultado de la intensidad del efecto del agente y la duración de la exposición y puede variar desde una lesión relativamente menor y superficial hasta pérdida extensa y severa de piel.

Aunque su pronóstico depende de la extensión y la profundidad de la lesión, hay ciertas zonas (manos, pies, cara y perineo) que por sí solas

producen importantes incapacidades. La evolución del paciente quemado depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, el tipo de paciente (edad y patologías previas) y la calidad de tratamiento que se preste en la etapa aguda.

Desde un orden de conocimiento, cabe mencionar a lo que corresponde la conformación de la piel, ya que esto constituye un aspecto relevante por cuanto guiaría al profesional a ayudar al paciente quemado al restablecimiento de la misma.

Al respecto, Tortora (1991) refiere sobre los componentes de la piel de la siguiente forma:

La epidermis, es la segunda capa de la piel, la cual es más gruesa en la palma de la mano y en la planta de los pies y más delgada en los párpados, pene y escroto. Se compone de tejido conectivo que contiene fibras colágenas y elásticas, la región superior de la dermis de casi una quinta parte del grosor de la capa total, se denomina región o capa capilar consiste de tejido conectivo laxo que contiene fibras elásticas, en su superficie se encuentran las papilas dérmicas y algunas de estas papilas también contienen corpúsculos de Meissner. La porción restante de la dermis se denomina región o capa reticular contiene tejido conectivo denso dispuesto irregularmente que contiene haces entrelazadas de fibras colágenas y de fibras elásticas gruesas. Se denomina región reticular porque los haces de fibras colágenas se entrelazan de manera semejante a una maya. (p.135)

Aunado a la referencia, el autor continúa destacando en lo referente a los espacios entre las fibras, los cuales están ocupados por una

pequeña cantidad de tejido adiposo, folículo piloso, nervios, glándulas sebáceas y los conductos de las glándulas sudoríparas, estas combinaciones de las fibras colágenas y elásticas en la región reticular provee a la piel de fuerza, extensibilidad y elasticidad. El subcutáneo, también llamada fascia superficial, se adhiere firmemente a la dermis mediante fibras colágenas y contiene terminaciones nerviosas denominadas corpúsculo de Pacccini.

De lo mencionado, se puede decir que la piel es el órgano más grande del cuerpo, flexible y elástica que conserva la humedad y el calor. Además, incluidas en la piel se encuentran millones de pequeñas terminaciones nerviosas denominadas receptores, que son sensibles al tacto, la presión, el calor, el frío y el dolor.

Respecto a la función de la piel, aunque usualmente no se observa como un órgano, sus funciones específicas y vitales claramente la definen como tal. Tortora (Op.Cit.) define la piel como:

Uno de los órganos que consiste de tejido unido estructuralmente para realizar funciones específicas, las cuales se mencionan a continuación: Protección: protege al organismo de entidades medioambientales nocivas, radiaciones, sustancias tóxicas, invasión bacteriana, deshidratación y clima. Inmunológica: asiste en la presentación de antígenos a las células inmunes, la secreción sebácea posee propiedades antimicrobianas debido a su elevado nivel de ácidos grasos de cadena larga. Líquido, proteínas y homeostasis de electrolitos: previene la pérdida excesiva de estos elementos y controla la excreción de agua y electrolitos. Termorregulación: junto a los

apéndices previene la pérdida de calor y permite el rápido enfriamiento durante el ejercicio físico intenso a través de la evaporación de sudor y vasodilatación de capilares dérmicos.
Neurosensorial: posee transmisiones nerviosas y receptores, los cuales le permiten al sistema nervioso central procesar e interpretar información (dolor, frío y calor) del medio ambiente.
Metabólica: ayuda a la producción de Vitamina D. (p.138)

Lo antes descrito en la referencia, infiere que la piel es un órgano de múltiples funciones, por lo tanto es importante que el profesional de enfermería, usuario y familia sepan que se debe cuidar de manera que la misma no sufra daños irreparables.

Los aspectos generales de las quemaduras, son múltiples los factores que influyen en el pronóstico del paciente con quemaduras. Entre ellos destacan: edad del paciente, extensión de la quemadura, profundidad de la lesión, etiología, afectación de las vías respiratorias, enfermedades recurrentes y localización de la quemadura. La mortalidad, se convierte en factor multidependiente, pero de gran importancia en la toma de decisiones en paciente quemado.

Actualmente puede aplicarse este concepto a pacientes ancianos con grandes quemaduras muy extensas, o a pacientes con quemaduras extensas y daño cerebral asociado irreversible y grave (asociación de traumatismo craneoencefálico grave, encefalopatía anóxica, entre otros.) o cuando a los factores de riesgo anteriormente citados se añade el desarrollo de fracaso multiorgánico.

Consideraciones similares deben realizarse en casos en que a la quemadura se le sobreañadan complicaciones, que aunque no tengan una relación directa con la supervivencia, sí se relacionen con secuelas severas (graves deformidades, amputaciones múltiples, entre otros). Tales casos son solo indicaciones relativas para la limitación del esfuerzo terapéutico, y solo decisiones conjuntas entre médicos, familiares y el propio paciente, avalados por un comité ético, deben presidir la toma de decisiones. En los casos en que el paciente no pueda participar de las mismas, deberá practicarse la beneficencia de la duda y continuar el tratamiento completo hasta que el paciente recobre la capacidad de tomar decisiones y él mismo participe en el establecimiento de la estrategia terapéutica. Desde ese orden, el conocimiento presente en la enfermera(o) sobre la piel la guiará al discernimiento de la urgencia de asistencia que requiere el quemado cuando ingresa al servicio de hospitalización.

Fisiopatología de las Quemaduras

En cuanto a la fisiopatología de las quemaduras, se puede inferir que en la quemadura se afecta la superficie de la piel (epidermis) y también, pueden dañarse los tejidos profundos (músculos y huesos). Al respecto Zapata, R. L., Del Reguero, A. y Kube, R. (1999) refiere que las quemaduras son “lesiones producidas en la piel y mucosas por la acción de diversos agentes (físicos, químicos o biológicos); que provocan alteraciones

estructurales que van desde el simple enrojecimiento hasta su destrucción total” (p.7). De acuerdo a la referencia, las quemaduras son afecciones cuyas lesiones de no ser atendidas con eficacia y oportunidad pudiera comprometer la vida de la víctima que padece el daño.

Las quemaduras son lesiones de la piel, de sus anexos y hasta de los músculos y tendones del organismo. Éstas son producidas por agentes físicos y químicos en sus diversas formas. En su mayoría pueden ser originadas por fuego, rayos del sol, sustancias químicas, líquidos u objetos calientes, vapor, electricidad y aún por otros factores. Las quemaduras pueden generar desde problemas médicos leves hasta los que ponen en riesgo la vida, según la extensión y profundidad de la quemadura. Los cuidados varían de acuerdo con la severidad de la quemadura, su localización y fuente de lesión.

Las quemaduras se definen como la lesión de los tejidos producida por contacto térmico, químico o físico, que ocasiona destrucción celular, edema (inflamación) y pérdida de líquidos por destrucción de los vasos sanguíneos (las quemaduras en la mayoría de las ocasiones producen una salida de líquido transparente parecido al agua).

Clasificación de las Quemaduras según su aspecto

Para diferenciar las quemaduras leves de las graves, se requiere de valorar el grado de daño de los tejidos del cuerpo. Roche, F. Céspedes, E.

Saldaña, A. y Cruz, A. (1999), señalan las tres categorías e ilustraciones siguientes ayudarán a formar un criterio.

Durante la curación espontánea de las heridas producidas por quemaduras, los tejidos muertos se desprenden a medida que la piel nueva empieza a cubrir la zona afectada. En las quemaduras de primer grado o superficiales la regeneración se produce a partir de los elementos de la primera capa de la piel "la epidermis" (folículos pilosos y glándulas sudoríparas) que no han resultado afectados; la cicatriz que se produce es discreta, a menos que ocurra una infección. En las quemaduras profundas (segundo y tercer grado) como existe destrucción de la epidermis y de la dermis (primera y segunda capa de la piel), el proceso de cicatrización se inicia a partir de los bordes de la herida, que se tratarán de unir. El proceso es lento y se forma una cantidad excesiva de tejido lo que hace que estas se conviertan en cicatrices deformantes. (p.136)

Aunado a lo expuesto en la referencia, el mismo autor continúa destacando que la profundidad de la lesión depende de la temperatura del agente causal y la duración del contacto con el mismo. La atención de la quemadura debe planearse de acuerdo con la extensión y profundidad de la lesión y proceder en función de las tres etapas del tratamiento terapéutico: reanimación de urgencia, aguda o intermedia y de rehabilitación.

Existen diferentes causas que pueden provocar quemaduras, entre ellas están:

Luz solar: Exposición prolongada a los rayos solares, en ocasiones aún con protectores solares.

Líquidos: Los líquidos a temperaturas elevadas se distribuyen rápidamente por toda la superficie, ocupa los pequeños espacios y se puede filtrar por las vías respiratorias. Más aún los líquidos grasosos pueden tener una mayor adherencia que los líquidos claros.

Vapores y Gases: Producto de la combustión de distintos elementos, la exposición aguda puede producir quemaduras en las superficies expuestas, vías aéreas, nariz, garganta, bronquios.

Fuego directo: El contacto directo con el fuego puede llegar a producir quemaduras de tercer grado, con mucha mayor facilidad.

Sustancias químicas: Son aquellas causadas por sustancias cáusticas, ácidas o alcalinas. Si el agente causal es alcalino, no lo moje, debido a que húmedo puede causar quemaduras.

Electricidad: Las quemaduras eléctricas son causadas por el choque eléctrico, La corriente eléctrica de uso domiciliario o industrial, puede producir lesiones internas, además de las quemaduras, ya que al tener contacto con el cuerpo viaja a través de él generando además, lesiones de entrada y salida. Debido a que el corazón funciona con pequeños estímulos eléctricos, aún pequeñas cantidades de electricidad durante un período suficiente, pueden modificar el latido cardiaco y causar un paro cardiaco y respiratorio. Es necesario recordar que el agua puede

conducir la electricidad, por lo que no es necesario "tocar un cable" para sufrir quemaduras serias.

Procesos Sistémicos de Quemaduras

De acuerdo al tipo de quemaduras existen varios tipos de procesos sistémicos relacionados con las mismas, ya que la quemadura corporal es una violenta agresión que modifica todos los mecanismos de la homeostasis orgánica y por su connotación clínica y social es un problema que enfrentan los servicios médicos en la sociedad contemporánea. Desde el punto de vista fisiopatológico, en el paciente quemado se desarrolla un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) caracterizado por la hiperactivación de todos los mecanismos de defensa.

La desregulación de estos mecanismos conduce al daño de los tejidos propios cuyas consecuencias se expresan en alteraciones morfofuncionales de todos los sistemas. Con independencia de la etiología, evolución inicial, manejo terapéutico y respuesta individual, la sepsis generalmente complica la evolución del gran quemado. En este trabajo, se presentan elementos clínicos e histopatológicos de la enfermedad por quemadura y se conectan los mecanismos moleculares de la respuesta inflamatoria sistémica destacando el papel de los mediadores de la comunicación intercelular.

Sistema Tegumentario

El sistema tegumentario compuesto por elementos epiteliales, mesenquimáticos, glandulares y neurovasculares, es mucho más que una envoltura corporal inerte. Es el órgano más grande del cuerpo, su superficie llega casi a los 2 m² y su peso representa el 30% del peso total de un adulto. Ocupando una posición de frontera o interfase, limita nuestro cuerpo del medio externo y desempeña varias funciones importantes, en especial de protección.

Los otros elementos de la piel: Células de Langerhans, fibroblastos, vasos sanguíneos y linfocitos, músculos y lipocitos nacen en el mesodermo. El origen de las células de Merkel (cresta neural o células epidérmicas multipotentes). El desarrollo de la epidermis y de la dermis, incluidos los tejidos vasculares y nervios de la piel, sucede en forma coordinada a partir del segundo mes de vida embrionaria y no se completa hasta varios meses después del nacimiento.

Una quemadura destruye la epidermis, permitiendo la salida de los líquidos tisulares y la posible entrada de agentes patógenos. Al respecto Gauntlett, P y Myers, J (1998) refieren que:

Si se destruye la capa mas inferior de la epidermis, la herida curará con cicatriz. Y dado que todos los apéndices epidérmicos (como los folículos pilosos y las glándulas sebáceas y sudoríparas) se originan en la dermis, una lesión

que extienda a través de ella destruirá la capacidad de regeneración de estos apéndices. (p.1596)

De lo descrito por las autoras, se puede inferir que el cuidado proporcionado al área lesionada permitirá la cura y cicatrización de la misma, y podría evitar que pudieran quedar marcas en la piel.

Sistema Cardiovascular

En el sistema cardiovascular, el gasto cardiaco se reduce antes de que sea evidente algún cambio en el volumen sanguíneo. Según Roche, F. Céspedes, E. Saldaña, A. y Cruz, A. (1999) refieren que “el avance de la pérdida de líquido y la reducción del volumen vascular, el gasto cardiaco sigue bajando, al igual que la presión sanguínea: es el principio de choque por quemadura” (p.1). El sistema nervioso simpático reacciona y libera catecolamina, que producen un aumento en la resistencia periférica (vasoconstricción) y en el pulso.

La vasoconstricción vascular periférica reduce aún más el gasto cardiaco. La reanimación de urgencia con líquidos permite que la presión sanguínea se mantenga en el rango normal bajo y que el gasto cardiaco mejore; aunque este procedimiento sea adecuado, las presiones cardiacas de llenado- presión venosa central, presión de la arteria pulmonar y presión de cuña de la arteria pulmonar- se mantienen bajas durante el periodo de choque por quemadura.

En general, la pérdida de líquidos de gran magnitud ocurre en las primeras 24 a 36 horas posteriores a la quemadura, con un máximo a las 6 a 8 horas después de la lesión. A medida que los capilares recuperan su integridad, el líquido regresa al compartimiento vascular, se eleva la volemia. Si el funcionamiento renal y cardiaco es adecuado, la excreción urinaria aumenta y la diuresis continúa de varios días a semanas.

Sistema Pulmonar

En cuanto al sistema pulmonar, un edema facial o del cuello producido por quemaduras o inhalación del humo puede amenazar la vía aérea, que puede necesitar intubación si es grave, al respecto, Gauntlett, P. Myers, Z. (1998) señalan que “puede desarrollarse edema pulmonar como resultado de la desviación de líquido, agravada por el tratamiento de reemplazo líquido y la hipoproteinemia” (p.1598). Estos problemas se atenúan cuando comienza la diuresis y se resuelven en el curso de unas pocas semanas, si no se ha producido daño como consecuencia de la inhalación de humo.

Es importante, que el profesional de enfermería, junto con el equipo de salud, durante las acciones tenga presente los principales cambios que se presentan en el sistema respiratorio del paciente quemado, para poder ayudarlo a sobrellevar estas contrariedades.

Alrededor de una tercera parte de los pacientes quemados manifiestan componentes pulmonares de la lesión por quemadura. Incluso sin lesiones pulmonares, suele presentarse hipoxia (falta de oxígeno). En caso de quemaduras graves, el tejido del paciente consume el doble de oxígeno como reacción secundaria al hipermetabolismo y las reacciones localizadas. Para garantizar que los tejidos tengan oxígeno suficiente, suele ser necesario proporcionar oxígeno complementario.

La lesión por inhalación es la causa que conduce a la muerte a las víctimas de un incendio. Se ha estimado que la mitad de estas muertes pudieran evitarse mediante el uso de detectores de humo. Las lesiones pulmonares pueden ser de varios tipos: de vías respiratorias superiores y las de bajo la glotis. Por lo que Roche, F., Céspedes, E., Saldaña, A. y Cruz, A. (1999) muestran los indicadores de posible lesión pulmonar abarcan:

Datos de que la quemadura tuvo lugar en un local cerrado. Quemaduras de cara o cuello. Calcinamiento de vellos nasales. Ronquera y otros cambios de voz, tos seca y esputo negrozco, esputo sanguinolento. Respiración difícil o taquipnea (respiración rápida) y otros signos de niveles de oxígeno reducido (hipoxemia). Respiración difícil, eritemas y vesículas de mucosas nasal o faríngea. El diagnóstico de las lesiones por inhalación reviste la máxima prioridad en quemados. (p.20)

De acuerdo a la referencia, las lesiones pulmonares varían dependiendo de la ubicación y en gravedad. Se encuentran relacionadas con el grado de quemaduras y las condiciones físicas del paciente.

Sistema Renal

Asimismo, en el sistema renal suele alterarse la función como resultado de la reducción del volumen sanguíneo. La destrucción de glóbulos rojos en el sitio de la lesión resulta en hemoglobina libre en la orina. Si se daña el músculo (por quemaduras eléctricas por ejemplo), las células musculares liberan mioglobina, que es excretada por el riñón. La sustitución adecuada del volumen de líquido restaura el flujo sanguíneo porque incrementa la velocidad de filtración glomerular y el volumen de orina. Si el flujo sanguíneo que pasa por el riñón es inadecuado, la hemoglobina y la mioglobina obstruyen los túbulos renales, de manera que se produce necrosis tubular aguda e insuficiencia renal.

El paciente quemado también corre el riesgo de desarrollar una úlcera gastroduodenal por estrés, conocida como úlcera de Curling. Gauntlett, P. Myers, Z. (1998) dicen que “la sangre intestinal puede presentarse en forma manifiesta o encubierta en deposiciones; no son infrecuentes las deposiciones negras. La hemorragia gástrica es mas común al comienzo de la quemadura, mientras que las hemorragias tardías suelen ser duodenales”, (p.1599), es decir, que ambas condiciones son causadas por congestión capilar local acompañada por eliminación de la mucosa secundaria a la isquemia y la irritación.

Las quemaduras superficiales que afectan a una pequeña parte de la superficie corporal pueden tratarse en régimen ambulatorio, siempre y cuando no existan lesiones por inhalación. Recordemos que en este grupo se incluyen: a) quemaduras de primer grado; b) quemaduras de segundo grado superficiales cuya extensión sea menor al 15% de la superficie corporal en adultos y del 10% de los niños; c) quemaduras de segundo grado profundas que afectan a menos del 10% de la superficie corporal, y al igual que en los casos anteriores, que no afecten a áreas críticas; d) quemaduras de tercer grado cuya extensión sea inferior al 1-2% de la totalidad de la superficie del cuerpo.

Asistencia inmediata al Quemado

El tratamiento ambulatorio de las quemaduras requiere una historia clínica detallada en la que queden reflejados datos tales como la hora a la que tuvo lugar, el agente causal y la situación inmunológica del paciente. Posteriormente se ha de realizar una completa exploración física, valorando las lesiones, su localización y el grado de afectación de la piel, sin olvidar el estado general del paciente, el cual ha de mantener sus constantes vitales estables. A continuación se debe proceder con la limpieza y desbridamiento de la herida, la prescripción de un tratamiento tópico y sistémico y con la correcta explicación de las instrucciones de cuidado doméstico y citas sucesivas.

Zapata, R. L., Del Reguero, A. y Kube, R. (1999) señalan los autocuidados sólo para quemaduras menores:

Cuando se trate de quemaduras leves, incluyendo las de segundo grado limitadas a un área menor de 5 a 7 centímetros de diámetro, emprenda las acciones siguientes: Enfríe el área quemada. Coloque dicha área bajo la corriente de agua fría durante 15 minutos. Si esto resulta impráctico, sumérgala en agua fría o enfríela con compresas frías (no utilizar hielo). Enfriar la quemadura disminuye la hinchazón al absorber calor de la piel. No se recomienda romper las ampollas. Retirar los restos de piel muerta de estas mismas y limpiar con jabón y bastante agua suavemente. Considere el empleo de una loción, pomada, spray o solución. Una vez que haya disminuido la sensación de calor de la quemadura, aplique lociones que contienen humectantes. En el caso de una quemadura solar, use una crema anestésica. Existen algunas otras pomadas, sprays o soluciones que contienen medicamentos para controlar posibles infecciones (bactericidas), que también son muy prácticas para el tratamiento. Cubra la quemadura con un apósito ligero de gasa esterilizada con suficiente pomada o vaselina para que no se adhiera. (El algodón suele ser irritante). Envuelva laxamente para no aplicar presión a la piel quemada. El apósito evita que el área quemada tenga contacto con el aire y reduce el dolor. Las quemaduras leves usualmente se curan en 1 o 2 semanas sin tratamiento adicional, pero es necesario buscar signos que sugieran su posible infección (fiebre, dolor, supuración de la herida). No use hielo para enfriar la herida. Aplicar directamente el hielo a una quemadura puede llevar a su congelación y agravar el daño a la piel. (p.45)

Asimismo, los autores señalando que es imperativo buscar tratamiento médico urgente, sin demora. En tanto acuden los médicos o paramédicos, realizar los pasos siguientes:

Intentar platicar con el paciente para bajar su estado de ansiedad.
Verificar su respiración y presencia de pulsos.

En quemaduras menores, hacer correr agua fría o fresca, no helada, por la superficie afectada, durante cuando menos 5 minutos.

No retirar la ropa quemada, puede estar pegada a la piel, únicamente cerciorarse de que la víctima ya no esté en contacto con los materiales lesionantes.

Cubrir el área quemada tan pronto como sea posible con gasa estéril o tela limpia, mojados con agua moderadamente fría. Use materiales delgados como gasa o sábanas.

No permitir que rocen las superficies quemadas, cubrir los dedos o articulaciones por separado.

Los pacientes quemados no solo sufren el dolor diario basal debido a la lesión inicial, sino que deben soportar los cuidados rutinarios de las zonas lesionadas que involucra una serie de procedimientos agresivos que estimulan las fibras aferentes nociceptivas durante todos los días, por periodos de semanas y hasta meses. Según De los Santos (1999) al paciente con quemaduras se le debe dar un manejo inicial, el cual es definido de la siguiente manera:

Asegurar la ventilación y la perfusión adecuada, mantener la hemodinamia (presión sanguínea, pulso, diuresis, EKG, temperatura, exámenes de laboratorio. Evaluar la extensión y profundidad para establecer el pronóstico y plan de tratamiento. Verificar el estado de conciencia, realizar escaratomía, la cual se realiza generalmente bajo sedación EV, usando electrocauterio, cuando se ha producido una quemadura

profunda o de tercer grado, curación de la herida, control del dolor, profilaxis antitetánica, no se debe administrar antibióticos sistemáticos empíricos, monitorear todos los parámetros fisiológicos y de laboratorio. (p.48)

Asimismo, Gauntlett, P. Myers, Z. (1998) refieren “las tres fases de atención al quemado son la emergencia de reanimación, la ayuda y la de rehabilitación” (p.1601). Con esto, las precitadas autoras quieren decir que el tratamiento se debe dar en tres fases una tras la otra pero todas con la misma importancia.

Según las autoras mencionadas, la primera fase “comprende el tiempo en que se da la quemadura, hasta que se considera que el paciente se encuentra estable” (p.1601), la atención comienza en la escena continua con el ritmo rápido al llegar al centro de emergencia, se debe medir gases en sangre arterial esta es la primera evaluación de laboratorio para así establecer los niveles de la función pulmonar, se debe medir y evaluar los niveles de carboxihemoglobina, para verificar la intoxicación con monóxido de carbono, otras evaluaciones, tales como: electrolitos séricos, creatinina, nitrógeno úrico sanguíneo, presión oncótica coloidal, proteína totales, albúminas y otros oligoelementos como calcio y magnesio, también se pueden obtener cultivos de hisopados de la superficie de las heridas en distintos sitios.

Las quemaduras grandes requieren la administración de cantidades masivas de líquidos tan rápidamente posible para impedir el shock

hipovolémico, se debe cateterizar dos vías intravenosas usando puertas de gran calibre mayor de #18, el acceso intravenoso se obtiene de la piel intacta pero puede usarse en lugares quemados si es necesario, se debe obtener el peso del paciente se le coloca catéter de foley para vigilar la diuresis, se inserta un tubo nasogástrico para descomprimir el estomago, se evalúan la presencia de pulsos periféricos.

Una vez realizadas las evaluaciones iniciales y resueltas las situaciones que comprometen la vida del paciente se puede administrar analgésico. Las drogas de acción inicial son los narcóticos en dosis bajas por vías endovenosas, pueden usarse agentes ansiolíticos, también se refuerza con toxoide tetánico, en ese momento se administra oxígeno humidificado a cualquier paciente con quemaduras, si la quemadura es por inhalación se inserta un tubo endotraqueal ante los primeros signos de distres respiratorio, causado por inhalación de humo o por una vía aérea edematosa y se realiza una traqueotomía si en realidad es una emergencia respiratoria grave, ya que cualquier procedimiento invasor aumenta el riesgo de infección.

Clasificación

Tradicionalmente las quemaduras se han clasificado como de primero, segundo y tercer grado. Los términos primero, segundo y tercer grado no describen las lesiones ya que solo se basan en las características visuales

de las heridas por quemaduras. Según, Long, B. Phipps, W. y Cassmeyer, V (1998), afirman que:

Las quemaduras se extienden más allá del punto visible. Una descripción más exacta es la quemadura de espesor parcial y de espesor total. Términos que describen gráficamente la quemadura e indica las profundidades y gravedad de la lesión de los tejidos. (p.1521)

Por lo antes expuesto, se puede decir que las quemaduras de espesor parcial se caracterizan por la destrucción de una profundidad variable de la epidermis hasta la dermis según la profundidad de la lesión tisular se describe posteriormente como de espesor parcial superficial, lo cual involucra solo la epidermis, en tanto que el espesor parcial profundo involucra toda la epidermis y parte de la dermis.

Las quemaduras de espesor parcial pueden ser muy dolorosas debido a que las terminaciones nerviosas se lesionan y quedan expuestas, estas quemaduras tienen la posibilidad de sanar debido a que una porción de las células epiteliales no es destruida. Durante el proceso de curación, es común la presencia de sequedad y prurito debido al aumento de la vascularización de las glándulas sebáceas, así como la reducción de las secreciones y la disminución de la transpiración, así como también la presencia de ampollas o vesículas.

Por otro lado, las quemaduras de espesor total incluyen la destrucción completa de la epidermis y la dermis, al igual que posibles daños en la capa

subcutánea, músculo y hueso. Las terminaciones nerviosas resultan destruidas, lo cual explica la presencia de heridas indoloras. Como resultado de la deshidratación de la superficie, puede formarse una cicatriz, una cubierta de apariencia correosa compuesta por proteína desnaturalizada, adicionalmente es posible observar redes negras de capilares coagulados; las quemaduras de espesor total requieren injertos de piel debido a que el tejido destruido es incapaz de regenerarse.

Las autoras Gauntlett, P. Myers, J. (1998), mencionan que según la profundidad de la quemadura “tradicionalmente las quemaduras se clasifican como de primero, segundo, tercero y cuarto grado. Sin embargo se describen en forma mas precisa con los términos de espesor parcial superficial, espesor parcial profundo o espesor total”. (p.1597)

La diferencia de estas autoras con las de las citas antes mencionadas, es que nombran un cuarto grado de quemadura, en este la afectación se da a nivel de la fascia, tendón y hueso.

Según la Asociación Venezolana de Quemaduras (AVQ), citada por Zapata, R. L., Del Reguero, A. y Kube, R. (1999), se establecen tres tipos de quemaduras de acuerdo a su gravedad:

Primer Grado: menores. Es difícil juzgar la profundidad de la lesión. Por lo general sólo abarcan la capa externa de la piel (epidermis). Son

consideradas como las quemaduras menos graves. Es común que la piel esté enrojecida o gris y puede haber dolor e hinchazón. Su principal característica es que no se quema la epidermis en todo su espesor. A menos que estas quemaduras abarquen porciones importantes de las manos, pies, cara, ingle, glúteos, o una articulación grande, pueden ser tratadas en base a los autocuidados que se enumeran posteriormente. Las quemaduras causadas por sustancias químicas pueden requerir de manejo médico adicional.

Segundo grado: moderadas. Se considera una quemadura de segundo grado, cuando se queman la capa externa de la piel en todo su espesor (epidermis) y la capa superficial de la que está inmediatamente por debajo de ella (dermis). Se forman ampollas y la piel adquiere un color rojo intenso, tornándose manchada. Ello se acompaña de hinchazón y dolor muy intenso. Además se llegan a perder estructuras de los anexos de la piel como los pelos (folículos pilosos), glándulas de sudor (glándulas sudoríparas), glándulas de grasa (glándulas sebáceas), entre otros. En caso de que una quemadura de segundo grado se limite a un área no mayor de 5 a 7 centímetros de diámetro, use los remedios caseros que se citan a continuación. Busque la atención médica urgente si el área de la quemadura es mayor o corresponde a las manos, cara, ingle, glúteos o una articulación grande.

Tercer grado: severas. Son las quemaduras más graves y abarcan todas las capas de la piel (epidermis y dermis) en todo su espesor. También

suelen afectar el tejido adiposo (grasa), nervios, músculos e incluso huesos. Es frecuente observar áreas carbonizadas de color negro, o deshidratadas de aspecto blanquecino. Asimismo, es factible que se acompañen de dolor intenso principalmente alrededor de la quemadura o ausencia de dolor si el daño a los nervios es considerable. Deben tomarse medidas inmediatas en todos los casos de quemaduras de tercer grado. La quemadura de las vías aéreas o quemadura por inhalación de gases calientes, humo o vapor, también se clasifican por grados. Debido a que la inflamación de la boca y/o garganta puede obstruir la respiración. (p.16)

Las causas más frecuentes de quemaduras graves siguen siendo el contacto accidental con líquidos calientes y el fuego directo. Los niños son los más afectados, proporcionalmente las quemaduras en los niños son más graves y sus consecuencias pueden generar modificaciones serias en su calidad de vida posterior.

Las lesiones térmicas son cuantificables y los trastornos fisiopatológicos se relacionan a la extensión de la injuria. Así que las quemaduras se pueden clasificar por extensión La palma cerrada de la manera que el paciente, tanto del adulto como del niño, corresponde al 1% de su superficie corporal y puede ser instrumento rápido de estimación del porcentaje de superficie corporal quemada, en la escena del accidente o en quemaduras pequeñas. Para quemaduras extensas, tradicionalmente se

utiliza el cómputo de la superficie quemada que deriva de la regla de los nueve, la superficie corporal quemada se calcula en áreas de 9% cada una incluye: Cabeza y cuello, el tórax, abdomen, espalda superior, espalda inferior, glúteos, cada muslo, cada pierna y cada extremidad superior. El periné completa el 1% restante de la superficie corporal total.

Las consecuencias inmediatas de las quemaduras son el dolor, la deshidratación y en ocasiones, falla en el funcionamiento de algunos órganos o hasta la muerte. Jamás toque a una persona de la que sospeche está electrocutada, existe el riesgo de continúe en contacto con la fuente de electricidad. Los niños y los ancianos se encuentran en desventaja para reaccionar ante una posible fuente de calor. Cuando se manejan sustancias químicas, conviene ponerse ropa y anteojos protectores.

Las lesiones térmicas son cuantificables y los trastornos fisiopatológicos se relacionan a la extensión de la injuria. La palma cerrada de la manera que el paciente, tanto del adulto como del niño, corresponde al 1% de su superficie corporal y puede ser instrumento rápido de estimación del porcentaje de superficie corporal quemada, en la escena del accidente o en quemaduras pequeñas. Para quemaduras extensas, tradicionalmente se utiliza el cómputo de la superficie quemada que deriva de la regla de los nueve, la superficie corporal quemada se calcula en áreas de 9% cada una incluye: Cabeza y cuello, el tórax, abdomen, espalda

superior, espalda inferior, glúteos, cada muslo, cada pierna y cada extremidad superior. El periné completa el 1% restante de la superficie corporal total.

La extensión de las quemaduras según, Gauntlett, P. Myers, J. (1998):

Puede calcularse mediante el uso de un monograma, denotando los porcentajes relativos de los distintos sectores corporales, el más utilizado es el diagrama de Lund y Browder. Otro método utilizado para hacer una estimación aproximada del tamaño de las quemaduras usando la regla de los nueve. (p.1602)

Según las autoras, los monogramas son útiles para calcular la superficie corporal total si el tamaño de la paciente no excede las medidas corporales normales. Estos monogramas emplean la altura y el peso del paciente para calcular la superficie corporal en metros cuadrados, en tanto que la regla de los nueve asigna el 9% de la superficie corporal total a la cabeza y cada brazo, el 18% a cada pierna y a las porciones anterior y posterior del tronco y el 1% restante a los genitales.

En cuanto al tratamiento de la herida, una vez completadas la evaluación inicial y administrada la analgesia, las heridas por quemaduras se limpian y desbridan, ya sea por inmersión o en una ducha, se eliminan las ampollas, se limpia el área y se retira el tejido no adherente, una vez limpias y desbridadas las lesiones, su extensión y profundidad deben evaluarse otra vez, después de la segunda evaluación se aplica un agente antimicrobiano

tópico, ejemplo la sulfadiazina de plata y el acetato de mafenida los cuales son los mas usados en estos casos.

Para el manejo gastrointestinal en forma profiláctica para la ulcera por estrés relacionada con las quemaduras, las drogas prescritas con mayor frecuencia son la cimetidina y la ranitidina, estas ejercen su acción sobre las células parietales inhibiendo en forma competitiva la acción de la histamina y reduciendo la cantidad de acido gástrico secretado.

En el manejo de sistema músculo-esquelético el rango del movimiento activo es el factor de mayor importancia para evitar la perdida de movimiento, de masa muscular y la deformación anatómica en los pacientes quemados, el tratamiento de rehabilitación comienza el mismo día de la lesión.

Las complicaciones de las úlceras pueden clasificarse en locales (de la herida en la piel), o sistémicas, y a su vez estas últimas pueden ser consecuencia de la propia quemadura, como el shock o la sepsis, o bien al estado de postramiento y encamamiento al que se ve sometido el paciente tras la lesión.

Las quemaduras mayores del 20% de la superficie corporal alteran la totalidad de los órganos sistémicos, esta alteración depende de la magnitud y seriedad de las lesiones y sus complicaciones mas frecuente es la fase

hipovolémica. Long, B. Phipps, W. y Cassmeyer, V (1998) afirman que la fase de hipovolémia:

Empieza en el momento en que se produce la quemadura y dura de 48 a 72 horas. Se caracteriza por un rápido desplazamiento de los líquidos desde el espacio vascular hacia el espacio intersticial. Cuando los tejidos se queman, se presenta vasodilatación, aumentando la permeabilidad capilar y cambios de la permeabilidad de las células de los tejidos en y alrededor del área de la quemadura. (p.1523)

Como resultado de lo anterior, pasan grandes cantidad de liquido extracelular, cloruro de sodio y proteínas hacia el área quemada, bien sea para formar ampollas y edema local o para escapar a través de una herida abierta, por consiguiente las autoras antes mencionadas afirman que la mayor perdida de liquido se presenta en la parte profunda de la herida, desde donde el liquido se extravasa y pasa hacia los tejidos mas profundos, dependiendo de la zona y si esta es altamente vascularizada, como los tejidos musculares o la cara parecen causar mayor desplazamiento de líquidos, en comparación con otras zonas del cuerpo.

Complicaciones

La infección es el resultado de la contaminación bacteriana masiva inicial, de la desvascularización de los tejidos blandos y del hueso y/o de un retraso en la cicatrización primaria. Existe un número de técnicas alternativas efectivas para el tratamiento de las infecciones, cuando falla el tratamiento

básico con antibióticos y/o desbridamiento. La extremidad inferior distal contiene lugares comunes de infección ósea crónica donde los músculos locales no están disponibles siempre. La fascitis necrosante constituye un grupo de enfermedades infecciosas de las más rápidas y agresivas. Pueden estar causadas por una gran variedad de bacterias aeróbicas y anaeróbicas facultativas, encontrando en la última década una resurgencia de la incidencia de fascitis necrosante causada por *Estreptococos* del grupo A. La intervención consiste en la escisión de los tejidos necróticos, piel y tejidos subcutáneos, hasta la fascia muscular, pudiendo ser necesario en determinadas situaciones la reamputación del muñón afectado.

Desde ese marco referencial, cabe señalar los planteamientos de Long, B. Phipps, W. y Cassmeyer, V (Op.Cit.):

El proceso infeccioso-inflamatorio permanece superficial, cutáneo es en la mayoría de los casos, esencialmente quirúrgico. Los casos iniciales agudos pueden tratarse con tratamiento local: incisión y drenaje, seguidos de un tratamiento antibiótico prolongado. Una vez que la enfermedad está establecida, con profundas cicatrices y tractos fistulosos, el único tratamiento apropiado es la escisión quirúrgica de las zonas implicadas. (p.1528)

El autor continúa señalando que la infección es la complicación más frecuente e importante, tanto por bacterias Gram positivas, *Stafilococos* y *Streptococos*, como Gram negativas. Las endo y exotoxinas de estas bacterias son fuente de shock. Por otro lado, la sobreinfección de las

quemaduras complica y prolonga el proceso de cicatriz, pudiendo provocar un queloide, el cual, y dependiendo de la localización, puede dar lugar a retracciones de la piel con implicaciones mecánicas si están próximas a una articulación.

Shock

El Shock: su incidencia aumenta paralelamente a la extensión de la quemadura. Puede ocurrir a partir de un 20% de superficie corporal quemada en el caso de los adultos y de un 10% en el de los niños. Inicialmente es un shock hipovolémico y posteriormente puede complicarse con un shock séptico, siendo el germen más frecuentemente implicado la *Pseudomona*.

Renal

La disminución de la volemia durante las primeras 48 horas puede conducir a la reducción en el aporte de oxígeno a los tejidos, con el consiguiente fallo a nivel cerebral, renal, hepático, muscular y en el tracto gastrointestinal. La complicación más grave es el fallo renal agudo de tipo pre-renal que produce anuria y puede llevar a la muerte.

Gástrico

Úlceras gástricas y duodenales, frecuentes en el paciente quemado y que se deben a la hipoxia por reducción de la volemia, junto a la liberación

masiva de catecolaminas y otros mediadores de la inflamación. Otras comunes a pacientes largamente encamados como las bronquitis y neumonías, el íleo intestinal (que si es mantenido puede ser el primer signo de sepsis), o las alteraciones inmunológicas consistentes en un descenso global de la inmunidad, depresión de la inmunidad celular y de la humoral.

Rabdomiólisis

Videla, Vega, Borja y Hernández (1989) refieren que la rabdomiólisis “es la descomposición de las fibras musculares que ocasiona la liberación de los contenidos de dichas fibras (mioglobina) en el torrente sanguíneo. Algunas de éstas son tóxicas para el riñón y con frecuencia causan daño renal” (p.117). Esta complicación surge cuando el músculo sufre daño, un pigmento proteínico llamado mioglobina es liberado en el torrente sanguíneo y filtrado fuera del cuerpo por los riñones. La mioglobina se degrada en compuestos potencialmente dañinos y puede bloquear las estructuras del riñón, causando daño como necrosis tubular aguda o insuficiencia renal.

En el caso de las quemaduras, el tejido muscular muerto puede causar el desplazamiento de una gran cantidad de líquido desde la sangre hacia el músculo, reduciendo el volumen de líquido del cuerpo y llevando a un shock y disminución del flujo sanguíneo a los riñones. Este trastorno puede ser causado por quemaduras graves que ocasionan daño al músculo esquelético.

Atención Integral

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas o elaboradas para ayudar al enfermo a conseguir los objetivos, las cuales se basan en el factor o factores identificados en las exposiciones de los diagnósticos de enfermería, las intervenciones definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas del enfermo. Las intervenciones de enfermería están enfocadas en las actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud del enfermo, a tal respecto esas actividades deben enfatizarse en el paciente con quemaduras ya que esta situación lo convierte en un enfermo mucho más vulnerable.

En tal sentido, Bulechek y McCloskey citados por Carpenito, L (1994) señalan que una asistencia de enfermería es una “acción autónoma basada en un fundamento científico que se lleva a cabo con el fin de beneficiar al paciente de un modo determinado relacionado con el diagnóstico y objetivo de enfermería”. (p.6)

Las asistencias desempeñadas por las enfermeras(os) deben ser aquellas que tienen mayor probabilidad de lograr con éxito los objetivos buscados por el enfermo, respaldando el régimen médico de cuidados. Toda intervención con el usuario/enfermo debe estar orientada a conseguir las metas y un objetivo determinado. Las intervenciones deben efectuarse con

sensibilidad hacia los sentimientos del enfermo y basarse en la individualidad del mismo.

Satisfacción de las Necesidades Fisiológicas

Las necesidades fisiológicas son esenciales para la supervivencia; son vitales por lo que se hace necesaria una satisfacción inmediata por parte de la enfermera(o) que brinda los cuidados a los pacientes quemados. El logro de algunas de las necesidades es tan esencial, que si se impide, es necesario actuar de inmediato para salvar la vida de la persona.

Dugas, B. W. (2000) define necesidades fisiológicas como “el requisito fisiológico fundamental del hombre para mantener su equilibrio interno con su entorno” (p.893). En esta investigación, las necesidades fisiológicas del paciente quemado están referidas a la higiene y comodidad, nutrición e hidratación; y tiene relación con el objeto de estudio, ya que la atención de enfermería está destinada a la satisfacción de las necesidades del usuario quemado para poder mantener el equilibrio interno.

Higiene y Comodidad

Según Potter, P. y Perry, A (2002) refieren que para una buena higiene y comodidad de pacientes con quemaduras “la enfermera debe mantener la piel del cliente limpia y seca, es la primera línea de defensa para prevenir la rotura de la piel” (p.1605), los mismos autores antes señalados

refieren que “los productos disponibles para el cuidado de la piel se tienen que adaptar a las necesidades específicas del cliente” (p.25). Se debe examinar al paciente a diario y registrar los resultados obtenidos, al realizar el baño diario se deben tomar ciertas medidas como: agua limpia a temperatura adecuada con jabón y esponja, horario apropiado y dar masajes, secando luego la piel y finalizar con aplicación de sustancias que repelan la humedad.

Las prácticas higiénicas implican el cuidado de la piel, el cabello, las uñas, los dientes, las cavidades orales y nasales, áreas genitales. Kozier, B. Erg, G. y Blais, K (1993) señalan las siguientes acciones de la higiene:

Fomenta la limpieza, elimina los microorganismos y las secreciones y excreciones corporales. Fomenta el descanso y el relax, refuerza y relaja la tensión y el cansancio muscular. Mejora la autoimagen favoreciendo el aspecto físico y eliminando los malos olores. Acomoda la piel, los baños calientes por ejemplo producen vasodilatación periférica, lo que aumenta la circulación sanguínea. (p.538)

Cabe destacar que la higiene es un aspecto fundamental en el cuidado del enfermo; de forma tal que por medio de ella se previenen infecciones que complican el cuadro clínico del mismo, así como alargar su estadía y los costos económicos de la atención. Además la higiene promueve el descanso, confort y mejora la circulación con los consiguientes beneficios a la piel del paciente.

Nutrición

La nutrición juega un papel importante en el abordaje de la cicatrización de las heridas, un buen aporte nutricional no solo favorece la cura de la piel del paciente quemado, al respecto Lorente, J. A., Ezpeleta, A., León, M. y Peman, M. I. (1994) señala que la dieta del paciente deberá garantizar el aporte mínimo de:

Calorías (30-35 Keal x Kq.peso/día). Proteínas (1,25 – 1,5 gr./kg.peso/día) pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2gr./kg.peso/día. Minerales: Zinc, hierro, cobre. Vitaminas: Vit C, Cit, A, Complejo B. Aporte hídrico (1cc. Agua x Keal.día) (30 cc agua/día x kg.peso). (p.18)

Si la dieta habitual del paciente no cubre estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales.

Así mismo Kozier, B (1993) señala que entre los factores que influyen en desmejorar de la piel quemada, está la nutrición ocupa el tercer lugar, refiere la autora que “la nutrición es un factor esencial en la formación de úlceras. En general, la mala nutrición durante un período prolongado provoca pérdida de peso, atrofia muscular y pérdida del tejido subcutáneo”. (p.908)

Se debe procurar mantener al paciente con un balance nitrogenado positivo. Las quemaduras graves son más resistentes al tratamiento en los que sufren trastornos de la nutrición, la cual debe tener: Abundantes

proteínas. Las reservas adecuadas de proteínas son importantes para conservar la vitalidad de los tejidos.

Hidratación

El paciente quemado pierde gran cantidad de líquidos, electrolitos y proteínas de forma rápida a través de las heridas e internamente por las alteraciones en la microcirculación, por estas razones se hace necesaria la hidratación. Muchas fórmulas de reanimación hídrica han probado ser clínicamente efectivas y cada una difiere en el volumen y el contenido de sodio y coloide a administrar, a lo que según Zapata, R. L., Del Reguero, A. y Kube, R. (1999) dicen lo siguiente:

Fórmula de PARKLAD: esta fórmula es una variación del trabajo inicial de MOYER, y tiene como condición sine qua non que el ión sodio es la base de una resucitación exitosa en el período inmediato a la quemadura. Esta fórmula se administra en 4cc de solución de Ringer Lactado por el peso del paciente en Kg. por el porcentaje de SCQ. $4 \text{ cc} \times \text{peso} \times \% \text{ SCQ}$. Paciente de 70 Kg y 50% de SCQ. $4 \text{ cc} \times 70 \text{ Kg} \times 50\% \text{ SCQ} = 14.000 \text{ cc}$ primeras 8 hrs 7000 cc. Segundas 16 hrs 7000 cc. Fórmula de BROOKE modificada: es una modificación realizada por PRUITT donde no se administra coloide y se rebajan 2 cc de la cantidad de líquidos. Esta fórmula se administra en 2 cc de solución de Ringer Lactado por el peso del paciente en Kg. por el porcentaje de SCQ. $2 \text{ cc} \times \text{peso} \times \% \text{ SCQ}$. Paciente de 70 Kg y 50% de SCQ. $2 \text{ cc} \times 70 \text{ Kg} \times 50\% \text{ SCQ} = 7.000 \text{ cc}$. Primeras 8 hrs 3.500 cc. Segundas 16 hrs 3.500 cc. (p.24)

La fluidoterapia en el paciente quemado tiene como objetivo la reposición del contenido hidroelectrolítico perdido a consecuencia de la fuga

de fluidos por evaporación o por fuga entre los distintos compartimentos corporales a consecuencia del daño de las membranas capilares.

Los parámetros que hay que considerar al realizar una reposición de las pérdidas adecuada en un paciente con una quemadura extensa deben ser: las pérdidas por evaporación, las pérdidas desde el compartimiento plasmático por daño capilar, y las pérdidas por diuresis. Las pérdidas por evaporación son muy evidentes a consecuencia de la pérdida de la capa córnea de la epidermis. El trasvase de proteínas plasmáticas desde el compartimiento plasmático al intersticial a través de las membranas capilares dañadas por la quemadura es también patente. Es necesario tener en cuenta la evolución de esta alteración de la permeabilidad en los días inmediatos a la quemadura con restauración de la misma hacia la normalidad, así como el retorno de proteínas desde el espacio intersticial hasta el plasmático en los días siguientes, ya que todo ello va a tener una influencia indirecta en la modificación progresiva de la fluidoterapia en los primeras horas y días tras la quemadura.

Aspecto Físico

Uno de los aspectos prioritarios en la fase inicial de los pacientes con quemaduras es prevenir las complicaciones resultantes de la inmovilidad. La respiración profunda y cambios de posición son medidas indispensables para prevenir la atelectasia y neumonía, controlar el edema e impedir que

aparezcan úlceras por decúbito y contracturas. Estas intervenciones se modifican para satisfacer las necesidades de cada persona.

En este sentido, el profesional de enfermería debe mantener posiciones que controlen el edema, eviten contracturas y deformaciones de los segmentos afectados, para lo cual podrá recurrir a la utilización de implementos (almohadas, cuñas, bandas elásticas, etc.).

Es recomendable que los pacientes quemados reciban desde su ingreso un programa de movilizaciones, ejercicios intensivos y de recuperación funcional, para disminuir edema, retracciones, mejorar rangos articulares, funcionalidad del o los segmentos afectados y recuperar la independencia en las actividades de la vida diaria. El paciente debe ser movilizadado con un adecuado manejo del dolor.

Movilización

Para los cambios de posición se realiza un plan para las actividades del paciente, los cambios deben realizarse aproximadamente cada dos (2) horas para disminuir la presión en las prominencias óseas. A los pacientes con quemaduras, se les debe cambiar de posición cada 2 o 3 horas durante el día y la noche.

Cuando se realizan los cambios de posición no se debe arrastrar al paciente, se debe utilizar un dispositivo (sábanas). No debe someterse a

presión las zonas de riesgo, puede utilizarse material textil de apoyo como almohadas de varios tamaños, taloneras y coderas, se debe mantener el alineamiento corporal y la distribución del peso corporal.

De lo planteado, Luis, M (2001) señala que en los cuidados se debe “instaurar ayudas mecánicas o personales necesarias para asegurar la curación de los puntos de presión, cambios posturales frecuentes, uso de colchón de presión alternante, almohadillas, evitar el uso de flotadores” (p.86).

En este orden de ideas, Brunner, D. y Suddarth (1993) afirman que:

Debe colocarse al enfermo en las cuatro (4) posiciones del decúbito (lateral izquierdo y derecho, abdominal y dorsal) de manera seriada salvo cuando hayan contraindicaciones, además de los cambios regulares habrá que hacer pequeños desplazamientos del peso corporal como colocar un tobillo, codo u hombro... en cada cambio de posición se inspecciona la piel...otra forma de eliminar presión sobre prominencias óseas es la técnica del puente con la colocación correcta de almohadas. (p.89)

El decúbito dorsal, es cuando el paciente descansa sobre su espalda con cabeza y hombros sobre una superficie plana, cuando está indicado se puede usar soportes.

El decúbito lateral (izquierdo o derecho), en esta ocasión el paciente descansa sobre uno de sus lados con ambos brazos hacia adelante, rodilla y cadera flexionadas, la extremidad inferior que queda arriba de ésta un poco más doblada que la de abajo.

Decúbito abdominal, el paciente descansa boca abajo en superficie plana, cuando esté indicado se pueden usar soportes, por consiguiente la intervención de enfermería ha de estar encaminadas a minimizar las complicaciones del paciente quemado.

Asimismo, el arreglo de la cama, la posición correcta y los cambios posturales previenen o reducen las complicaciones en la piel de los pacientes con quemaduras, mantener las sábanas limpias, sin arrugas y sin objetos en ésta, ya que puede producir roces en la piel, igual que al cambiar el pañal se debe realizar lavados perineales, de allí la importancia de una adecuada atención centrada en el individuo respetando sus diferencias individuales.

Según Morelo, L (2002) refiere que “las ropas rasposas y arrugadas contribuyen a concentrar la presión en ciertas zonas. La posibilidad de que las ropas se arruguen es mayor a mayor número de capas. Los cuerpos extraños y partículas entre la ropa son igualmente perjudiciales” (p.4). De lo antes descrito se puede inferir que se debe cambiar la lencería de la cama siempre que sea necesario y a su vez evitar dejar pliegues en las sábanas.

Cura de Antibiótico para la Herida

Con respecto a la cura de heridas, Aybar, L (1993) señala que las instrucciones generales para curaciones de quemaduras de manejo ambulatorio, deben ser las siguientes:

Limpie y lave las quemaduras utilizando jabón suave quirúrgico y solución salina al 0.9%, una vez limpia, aplique antibiótico tópico, idealmente Sulfadiazina de Plata al 1% sobre la herida con un espesor de aproximadamente 1mm. Cubra la herida con vendajes y déjelo in situ hasta el primer chequeo en 24 horas.

Este primer vendaje, será removido en la segunda curación, no más tarde que 24 horas, cuando se aplicará un segundo vendaje previo lavado y reaplicación de Sulfadiazina de plata al 1%. Probablemente, serán necesarias varias curaciones hasta que la quemadura cicatrice y no exista peligro de infección.

No es necesario indicar antibióticos sistémicos parenteral u oral ya que el antibiótico tópico se encargará de controlar la infección sobre la herida. Un antibiótico sistémico de amplio espectro causaría selección de cepas resistentes. Por otro lado las defensas naturales del organismo son capaces de controlar infectológicamente una quemadura menor no contaminada.

Si se observan señales de molestia en el lapso entre visitas, es posible acortar el período de curaciones. Las molestias incluyen fiebre, dolor que empeora en vez de desaparecer y enrojecimiento excesivo de la piel alrededor de la quemadura (celulitis) o franjas rojas saliendo de las quemaduras. Observar también, si hay exceso de secreciones que empapen el vendaje o si hay pus o cualquier otro cambio de color de la herida.

El tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como lo es la rehabilitación. Las posibilidades, reales, de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura. El equipo multidisciplinario de profesionales y especialistas de quemados, lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura de éste paciente.

Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente.

Apoyo Afectivo

El tipo de lesiones que sufren los pacientes quemados, hace que su recuperación requiera de un personal profesional debidamente entrenado. La intervención en crisis debe ofrecerles a los pacientes oportunidad de expresar sus emociones, desde el primer día, por lo que es necesario contar con los servicios de los psicólogos, capacitados para esa labor.

Es importante destacar que al tener conciencia de su situación y percibir que no son autosuficientes como antes, los pacientes pueden sentirse amenazados, deprimidos, ansiosos o temerosos. Según Martín citado por Freedman, Kaplan y Sandock, (1982) "la gente difiere en su habilidad y deseo para aceptar el papel de paciente" (p.1909). Esta consideración sobre la dependencia existente entre médico - paciente, en la mayoría de los casos es aceptada de una manera normal, sin embargo, en ciertos pacientes, por lo general con conflictos de dependencia, se van a presentar dificultades en el sentido de prolongar la convalecencia.

Existen dos tipos de reacciones en pacientes de este tipo: los que ansían dependencia y los otros que tienen miedo de ella. El paciente emocionalmente maduro será capaz de aceptar de forma consciente su enfermedad y, si fuera el caso, la muerte. El psicólogo deberá concienciar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la efectividad del tratamiento que se seguirá con él. Igualmente los pacientes deben ser informados de que la tensión puede afectar la circulación, impedir el proceso de cicatrización y disminuir su comodidad (Achauer, 1993).

También es importante considerar los apoyos sociales con que cuenta el paciente. El centro médico debe iniciar el contacto con los familiares, de ser posible desde el primer día de ingreso. Esto con el fin de permitirles manejar la culpa, la incredulidad y la pérdida y facilitar de esta forma que los

contactos sociales del quemado, sobretodo los familiares, estén en mejor capacidad de brindarles asistencia emocional.

La mejor predicción del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuenta, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. El mismo autor recomienda la técnica de relajación simple, las técnicas de autocontrol, la respiración primaria y las técnicas de disociación, como formas de alejamiento de su situación, y de las cuales podría disponer cuando así lo requiera. Estas técnicas pueden ser enseñadas por personal técnico calificado como son: psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Un aspecto al que contribuyen las técnicas de relajación es al control del dolor. Los grados elevados de ansiedad y la atención en el estímulo generador originan mayor percepción del dolor.

Las técnicas de relajación pueden contribuir no sólo a disminuir la ansiedad, para así disminuir la percepción del dolor, sino que logran potencializar los analgésicos. Con estos pacientes debe considerarse, además, que el dolor no sólo está presente en la lesión, sino que los tratamientos médicos para las quemaduras son dolorosos. Para que la cicatrización tenga lugar, las heridas deben ser lavadas, lo que produce dolor en el paciente. El dolor también se incrementa cuando es movido en la cama, al transportarlo, al realizar los ejercicios y al tomar tejido sano para injertos.

Con respecto a las necesidades psicológicas del paciente con quemaduras, son múltiples las manifestaciones emocionales que pueden presentar los pacientes a lo largo de la enfermedad, son connotaciones diferentes en función del momento en que se encuentren en relación con el desarrollo de la enfermedad. En este orden de ideas, Suárez, E (1998), expresa que:

La satisfacción de las necesidades psicológicas, es fundamental e importante para el enfermo, para ayudarlo a establecer una relación de confianza, reducir el miedo, la minusvalía, la frustración, el aislamiento, la soledad, la desesperanza y a enfrentar la verdad. (p.22)

Los profesionales de la salud, en especial la enfermera, debe identificar estas manifestaciones y ayudar al paciente a reconocerlos y aceptarlos. La familia y los amigos son una piedra angular que la enfermera puede utilizar en la satisfacción de estas necesidades.

Desde ese orden, cabe mencionar a Leddy, S. (1992):

Si la enfermera conoce su propio ritmo, podrá planear sus actividades en el período de mayor eficiencia o, por lo menos, ejercer mayor vigilancia para evitar errores. Esto incluye la atención clínica y de desempeño de funciones, la asistencia al paciente debe ser percibida como una condición en la cual la enfermera vea al cliente como un todo enmarcado en un orden biopsicosocial. (p.126)

De acuerdo con la definición de la referencia, la enfermera(o) cuando asiste al paciente hospitalizado, en este caso el quemado, debe asistir,

relacionando en toda instancia restablecer la armonía, basándose en el concepto individual de dirección y significado de vida. Es decir, es contar con un servicio que cubra las necesidades clínicas y afectivas.

Sistema de Variable

Variable: Conocimiento que posee la enfermera(o) sobre la prevención de complicaciones en paciente quemado.

Definición Conceptual: La capacidad de cognición en las asistencias dadas por las enfermeras(os), según Leddy, S. (Op.Cit.), el conocimiento se relaciona de forma positiva con la ocupación, aptitudes y variable de rendimiento. La enfermera debe modificar su nivel de instrucción para adaptarlos a la capacidad del usuario según el servicio requerido.

Definición Operacional: Son las opiniones aportadas por la enfermera(o) sobre las informaciones referidas a los componentes: Aspectos generales en quemaduras y actividades de la enfermera en la atención integral del paciente quemado.

Operacionalización de Variable

Variable: Conocimientos que posee la enfermera(o) sobre los pacientes con quemaduras.

Definición Operacional: Se refiere a los insumos cognitivos que posee la enfermera(o) sobre los aspectos generales en quemaduras y las actividades que realizan en la prevención de complicaciones de las quemaduras.

DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES	ÍTEMS
<p>Aspectos generales en quemaduras: Es la información que posee la enfermera(o) sobre: fisiopatología, clasificación y complicaciones de las quemaduras.</p>	<p>Fisiopatología: Se refiere a las respuestas dadas por las enfermeras(os) sobre el proceso sistémico de quemaduras.</p> <p>Clasificación: Son las respuestas emitidas por las enfermeras(os) en relación a la descripción de las quemaduras.</p> <p>Complicaciones: Se refiere a las respuestas dadas por las enfermeras(os) con respecto a complicaciones que pueden ocurrir en el paciente quemado.</p>	<p>Procesos sistémicos de quemaduras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema Tegumentario - Sistema cardiovascular - Sistema pulmonar - Sistema renal <p>De acuerdo a la superficie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De espesor parcial superficial - De espesor parcial profundo - De espesor completo <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones locales y sistémicas - Shock hipovolémico - Respiratorio - Renales - Rabdomiólisis 	<p>1, 2, 3 4, 5, 6 7, 8 9, 10</p> <p>11, 12 13, 14 15, 16</p> <p>17, 18, 19 20, 21 22 23 24</p>

DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES	ÍTEMS
<p>Atención Integral: Se refiere a la información que poseen las enfermeras(os) sobre actividades requeridas necesarias a cumplir cuando se asiste al paciente quemado por medio de los componentes: Satisfacción de necesidades fisiológicas, aspecto físico y aspecto afectivo.</p>	<p>Satisfacción de las necesidades fisiológicas: Son las respuestas emitidas por la enfermera(o) en relación a los cuidados dados a los pacientes con quemaduras en el servicio de hospitalización.</p> <p>Aspecto Físico: Son las respuestas emitidas por la enfermera(o) en relación a los cuidados físicos que se le brindan a los pacientes con quemaduras.</p> <p>Aspecto afectivo: Son las respuestas emitidas por la enfermera(o) en relación al afianzamiento de confianza como parte de la rehabilitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene y comodidad. - Nutrición - Hidratación - Movilización - Cura de antibiótico para la herida. - Inicio de la rehabilitación. - Demostración de confianza. 	<p>25, 26, 27</p> <p>28</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>31</p> <p>32</p> <p>33</p>

Definición de Términos

Antibiótico: Cualquier compuesto químico utilizado para eliminar o inhibir el crecimiento de organismos infecciosos

Complicación: Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.

Prevención: Es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Rabdomiólisis: Descomposición de las fibras musculares que ocasiona la liberación de los contenidos de dichas fibras (mioglobina) en el torrente sanguíneo. Algunas de éstas son tóxicas para el riñón y con frecuencia causan daño renal.

Shock hipovolémico: es una afección de emergencia en la cual la pérdida severa de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.

Tópico: Medicamento de aplicación externa.

Quemadura: Es un tipo de lesión en la piel causada por diversos factores.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Esta fase de la investigación comprende los elementos constitutivos referentes al diseño metodológico del estudio realizado.

Diseño de la Investigación

Al respecto, Polit, D. y Hungler, B (1994) señalan que el diseño de investigación se refiere al “...plan general para responder a las preguntas que se investigan y probar las hipótesis, indica las estrategias que se adoptarán para obtener información precisa, objetiva y con significado...” (p.231). En este sentido, el estudio planteado se refiere a un diseño de investigación de campo. A lo que Bernal, C (2006) refiere que el diseño de campo consiste en “la obtención de la información en el propio ámbito en el cual se manifiestan las variables objeto de estudio”. (p.43)

Tipo de Investigación

La investigación realizada es de tipo descriptiva, la cual según Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F. (1986), constituye:

...la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia

o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno. (p.82)

Desde el punto de vista científico describir es medir, ésta afirmación determina así la naturaleza de la investigación como descriptiva, pues los estudios descriptivos miden conceptos y variables referentes al tema y ofrecen inclusive la posibilidad en algunos casos de predicciones aunque sean rudimentarias.

Población y Muestra

Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F. (1986) definen el universo o población “como el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” (p.109). Al constituir el grupo de elementos al que se generalizarán los hallazgos. A los efectos del presente estudio la población estuvo conformada por veinte (20) enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva (Servicio de Hospitalización) del Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito, por otra parte, por ser una población pequeña se utilizó (100%) la totalidad de la misma, por lo tanto no hay muestra.

Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

Según Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F (1994) la encuesta es un método que “consiste en obtener información de los sujetos de estudio,

proporcionados por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias” (p.119). El instrumento seleccionado para coleccionar los datos es un cuestionario contenido de 33 ítems, el cual fue elaborado de un modo claro y preciso para que el informante pueda plasmar adecuadamente sus respuestas, el cual consta de varias alternativas para seleccionar una respuesta. (Anexo A)

Validez y Confiabilidad

La validez del instrumento fue determinada a través de juicio de expertos. La validación realizada fue de contenido y constructo, la primera hizo indicaciones a la correspondencia existente entre las dimensiones, indicadores, subindicadores de las variables operacionalizadas y el contenido de cada uno de los ítems incluidos en el cuestionario diseñado.

Mientras que la validez de constructo estuvo señalada por la calidad técnica de la pregunta en relación con su estructura y redacción propiamente dicha. (Anexo B)

Después de realizada la convalidación se procedió a la aplicación de una prueba piloto, a lo que Tamayo, M (1997) expresa la confiabilidad “permite ver las definiciones existentes entorno al diseño metodológico y nos lleva a la realización del ajuste necesario e igualmente pondrá de manifiesto las ventajas y desventajas en torno a la investigación”. (p.101)

En el caso específico del estudio, luego de la convalidación, se procedió a la búsqueda de la confiabilidad por medio de la prueba piloto a diez (10) enfermeras(os) que no forman parte de la población objeto estudio.

Con la finalidad de conferir la confiabilidad del instrumento (cuestionario) se aplicó la medida de estabilidad Test-Retest, mediante el siguiente procedimiento:

Se seleccionó una muestra piloto de diez (10) enfermeras(os) que laboran en el Servicio de Caumatología del Hospital General “Dr. Jesús Yerena”, Lídice, Caracas, por poseer las mismas características de la población objeto de estudio. Se aplicó el instrumento en dos oportunidades con un intervalo de ocho (8) días entre cada aplicación a la muestra piloto antes mencionada. El cuestionario diseñado obtuvo una confiabilidad de 0,90. (Anexo C)

Procedimientos para la Recolección de los Datos

El procedimiento utilizado para el desarrollo de esta investigación fue el siguiente:

Se envió comunicación por escrito a la Gerencia de Enfermería del Hospital “Dr. Domingo Luciani, solicitando permiso para la aplicación de los instrumentos y realizar las observaciones requeridas para el desarrollo de la investigación.

Se solicitó por escrito la autorización por parte de la muestra, enfermeras(os) para la aplicación de los instrumentos, previa notificación de los propósitos de la investigación.

Luego de recibir la aceptación para abordar el servicio, se decide continuar con el proceso requerido en la recolección de datos.

Se aplicaron individualmente los instrumentos a las enfermeras(os) que conformaron la población objeto de estudio, las cuales laboran en los turnos de 7 a 1 pm y de 1 pm a 7 pm, ello fue con la intención de facilitar la recolección de la información.

Luego de contabilizados los datos se procedió a su presentación y análisis.

Técnica de análisis

Para efectos de la investigación, luego de la aplicación del instrumento se diseñó una matriz de datos y aplicando la estadística descriptiva, se elaboraron los cuadros y gráficos que fueron interpretados en términos de frecuencia y porcentajes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El contenido de este capítulo corresponde a los resultados de la investigación con sus respectivos análisis.

Estos resultados se presentan por medio de cuadros estadísticos y gráficos enmarcados en frecuencias absolutas y porcentajes con la intención del alcance de una mayor comprensión.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en función de los objetivos de la investigación.

Cuadro N°1

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Fisiopatología de las Quemaduras en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.

Contenidos	Respuestas				
	Acertadas		No Acertadas		Total
	f	%	f	%	f/%
1. Sistema tegumentario.	11	55	9	45	20/100
2. Acción de la quemadura destruyendo la epidermis.	16	80	4	20	20/100
3. Capacidad de regeneración de la piel.	9	45	11	55	20/100
4. Principio de un choque por quemadura.	16	80	4	20	20/100
5. Recuperación de la integridad de los capilares.	15	75	5	25	20/100
6. La pérdida más importante de líquido ocurre.	15	75	5	25	20/100
7. Las quemaduras a nivel de cuello y tórax generalmente.	16	80	4	20	20/100
8. Uno de los signos de afección pulmonar por quemaduras.	15	75	5	25	20/100
9. La afectación renal suele ocurrir.	6	30	14	70	20/100
10. La reposición del volumen de líquido permite.	11	55	9	45	20/100

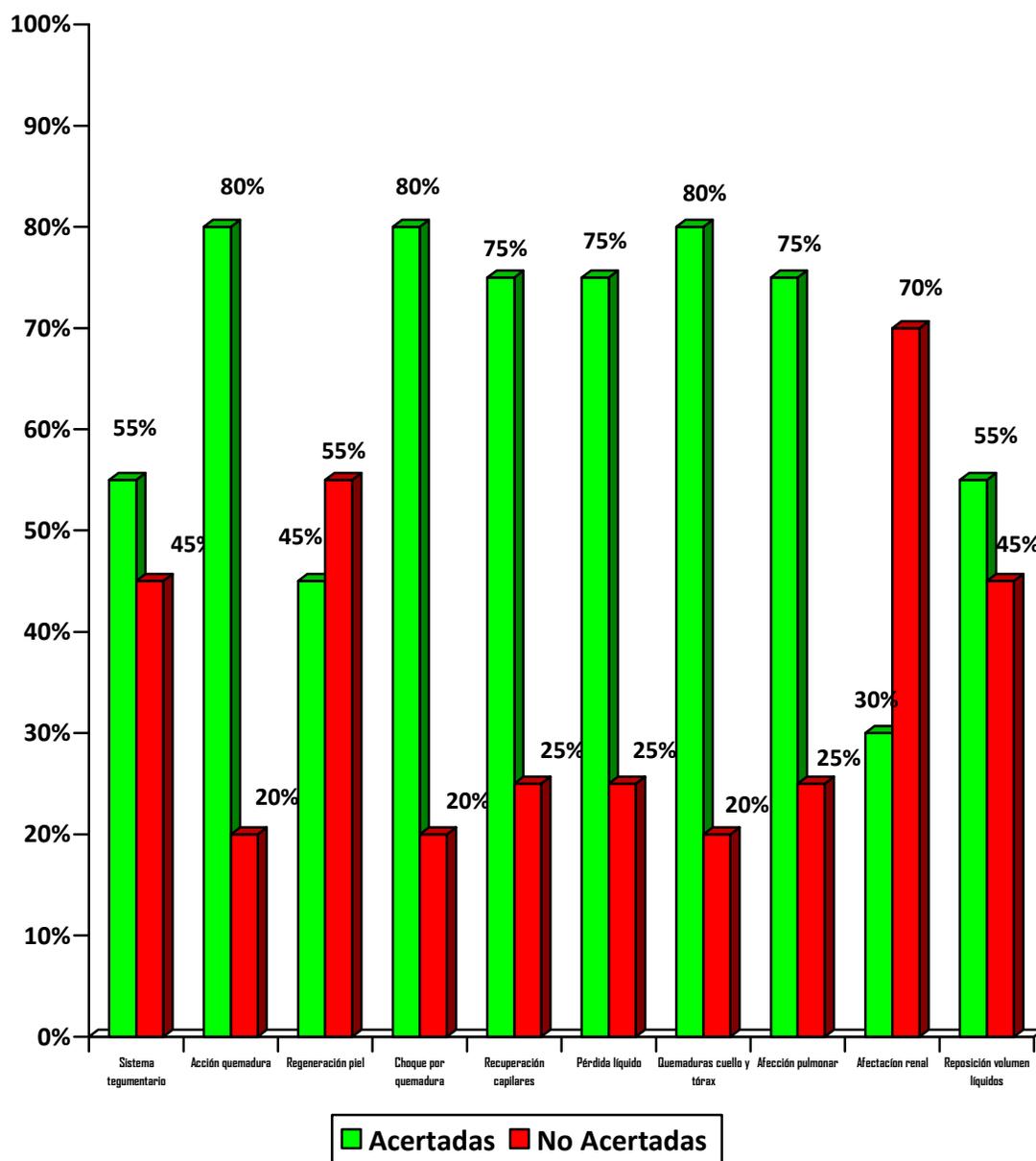
Fuente: Instrumento aplicado.

De acuerdo a los resultados obtenidos del indicador fisiopatología de las quemaduras relacionados al conocimiento de la enfermera(o), estos indican: Para la pregunta sistema tegumentario 55% de las respuestas fueron

acertadas, es decir, que la superficie llega a casi 2 cm y su peso el 30%. Para la pregunta que habla acerca de lo que permite la destrucción de la epidermis por medio de la quemadura el 80% correspondió a la categoría acertada, permite la salida de líquidos tisulares. En cuanto a la pregunta capacidad de regeneración de la piel, 45% acertó en la respuesta, lo que indica que el 55% de la población objeto estudio desconoce que la capacidad de regeneración se alcanza por la activación de las glándulas sebáceas y sudoríparas. Para la pregunta principio de choque que puede presentar consecuencia de quemaduras, 80% acertó en las respuestas. Para la pregunta recuperación de la integridad de los capilares, 75% acertó en las respuestas. Para la pregunta pérdida más importante de líquido, el 75% acertó señalando que ocurre en las primeras 24 a 36 horas posterior a las quemaduras. Para la pregunta que habla sobre las consecuencias de las quemaduras en cuello y tórax, 80% acertó indicando que requieren intubación endotraqueal. Para la pregunta sobre los signos presentes cuando hay afección pulmonar por quemaduras, 75% acertó contestando edema pulmonar. Para la pregunta afección renal, 30% acertó en las respuestas y el 70% no supo que ello puede ocurrir debido a la disminución de la volemia. Para la pregunta la reposición de la volemia permite 55% acertó que la restauración del flujo sanguíneo repone la volemia.

Gráfico N°1

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Fisiopatología de las Quemaduras en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital "Dr. Domingo Luciani", El Llanito. Tercer Trimestre 2008



Fuente: Cuadro 1

Cuadro N°2

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Clasificación de las Quemaduras según su espesor en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.

Contenidos	Respuestas				
	Acertadas		No Acertadas		Total
	f	%	f	%	f/%
11. Quemaduras de espesor parcial superficial.	8	40	12	60	20/100
12. Quemaduras de primer grado.	7	35	13	65	20/100
13. Quemaduras de espesor parcial profunda que afectan epidermis y la dermis.	7	35	13	65	20/100
14. Posibilidad de sanar tejidos quemados.	8	40	12	60	20/100
15. Quemaduras que requieren injertos.	9	45	11	55	20/100
16. Las quemaduras que afectan a nivel de fascias, tendón y hueso.	8	40	12	60	20/100

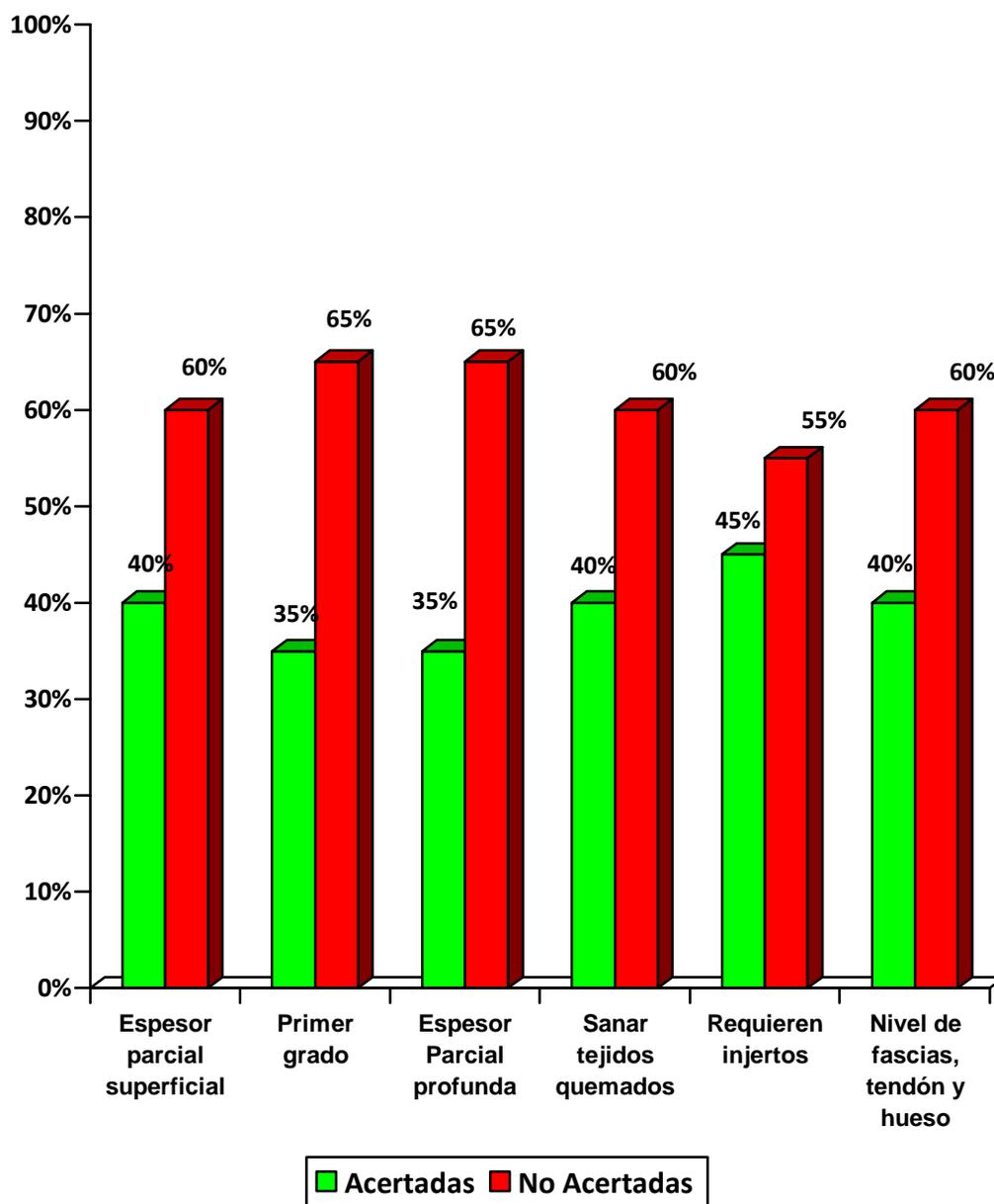
Fuente: Instrumento aplicado.

De acuerdo a los resultados obtenidos del indicador clasificación de las quemaduras según su espesor, estas son las respuestas acertadas: Para la pregunta quemaduras de espesor parcial superficial, 40% acertó. Para la pregunta que refiere a las consideraciones en cuanto a gravedad de las quemaduras de primer grado o de espesor parcial, 35% acertó, mientras que

el 65% no acertó en la respuesta. Para la pregunta quemaduras de espesor parcial profunda que afecta epidermis y la dermis, 35% acertó en las respuestas y un 65% no acertó. Para la pregunta posibilidad de sanar tejido quemado, 40% acertó en la respuesta, es decir que la posibilidad se presenta cuando la quemadura no presenta destrucción de células epiteliales. Para la pregunta quemaduras que requieren injertos, 45% acertó que son las de tipo espesor completo. Para la pregunta quemaduras que afectan a nivel de fascias, tendón y hueso, 40% acertó que son las de III grado.

Gráfico N°2

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Clasificación de las Quemaduras según su espesor en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008



Fuente: Cuadro 2

Cuadro N°3

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Complicaciones por Quemaduras según su espesor en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.

Contenidos	Respuestas				
	Acertadas		No Acertadas		Total
	f	%	f	%	f/%
17.Las infecciones en quemaduras afectan.	10	50	19	50	20/100
18.Es una enfermedad agresiva que afecta al paciente quemado.	6	30	14	70	20/100
19.Complicaciones más frecuentes en el quemado.	17	85	3	15	20/100
20.Disminución de la volemia en las primeras 48 horas puede dar lugar.	17	60	3	40	20/100
21.Por medio de las quemaduras el paciente puede.	16	80	4	20	20/100
22.Disfunción pulmonar puede complicar.	14	70	6	30	20/100
23.A nivel renal.	13	65	7	35	20/100
24.La rabdomiolisis.	6	30	14	70	20/100

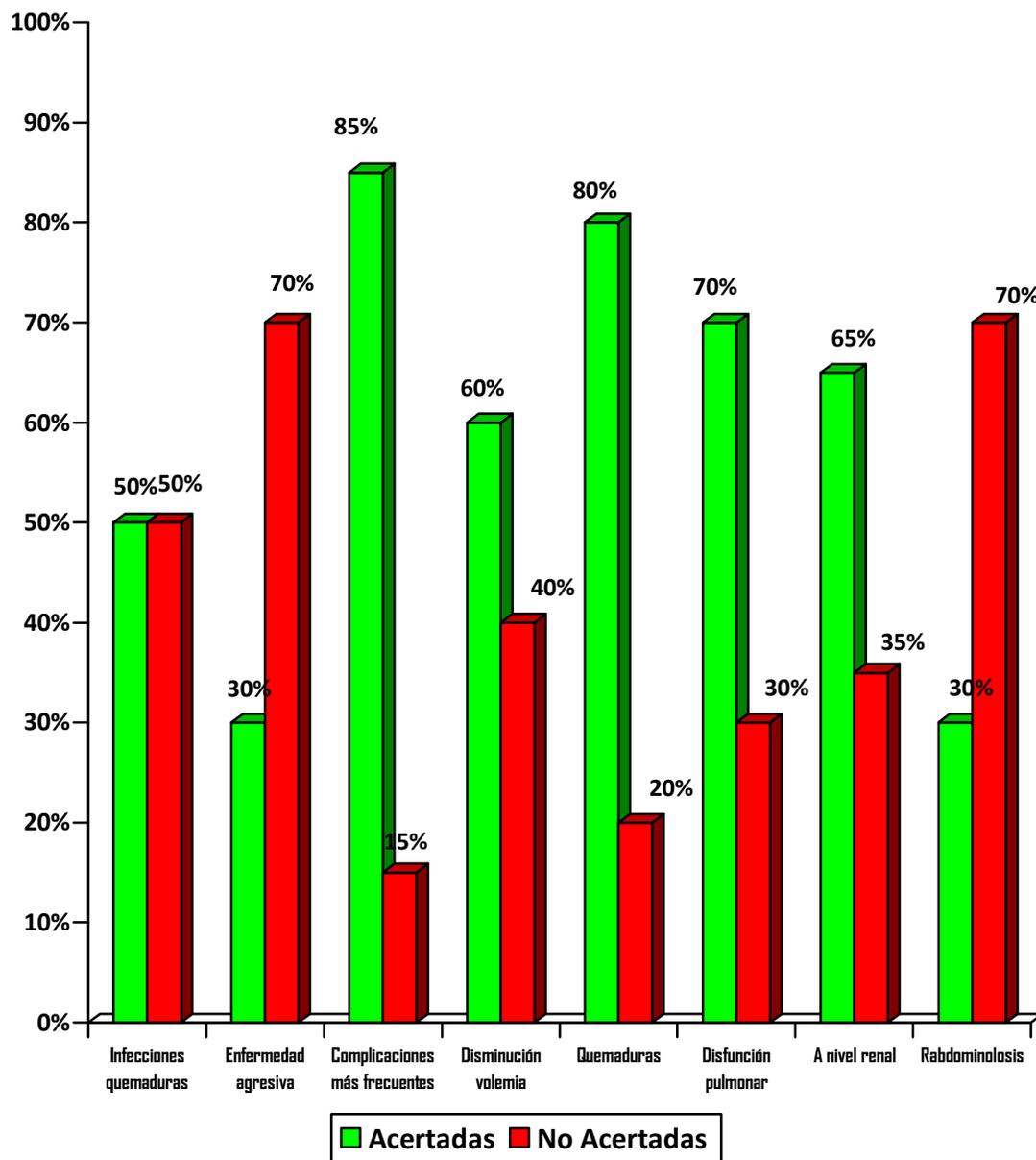
Fuente: Instrumento aplicado.

Con respecto a los resultados del indicador complicaciones, estos corresponde: Para la pregunta las infecciones en quemaduras infectan, 50% de la población objeto estudio acertó que afecta la cicatrización primaria.

Para la pregunta de la enfermedad que es agresiva y afecta al paciente quemado, 30% acertó que es la enfermedad fascitis necrosante. Para la pregunta sobre la complicación más frecuente que afecta al quemado, el 85% de la población objeto estudio acertó que es la infección. Para la pregunta disminución de la volemia en el quemado durante las primeras 48 horas dan lugar al shock hipovolémico, 60% acertó. Para la pregunta el paciente por medio de la quemadura pierde gran cantidad de líquidos proteicos y electrolitos, 80% acertó en las respuestas. Para la pregunta disfunción pulmonar puede causar la muerte en el paciente quemado cuando se complica con infección, 70% acertó. Para la pregunta a nivel renal en el paciente quemado puede presentarse anuria y por consiguiente la muerte, 65% acertó en la respuesta. Para la pregunta la rabdomiólisis representa una complicación de gravedad, el 30% solamente acertó en las respuestas.

Gráfico N°3

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Complicaciones por Quemaduras según su espesor en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital "Dr. Domingo Luciani", El Llanito. Tercer Trimestre 2008



Fuente: Cuadro 3

Cuadro N°4

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Satisfacción de las Necesidades Fisiológicas en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.

Contenidos	Respuestas				
	Acertadas		No Acertadas		Total
	f	%	f	%	f/%
25. Primera línea de defensa que prevé la rotura de la piel.	14	70	6	30	20/100
26. Fomento de la limpieza para la eliminación de los microorganismos del medio.	14	70	6	30	20/100
27. Produce vasodilatación periférica aumentando la circulación sanguínea.	8	40	12	60	20/100
28. Cicatrización de las heridas.	10	50	10	50	20/100
29. Uno de los objetivos de la fluidoterapia.	16	80	4	20	20/100

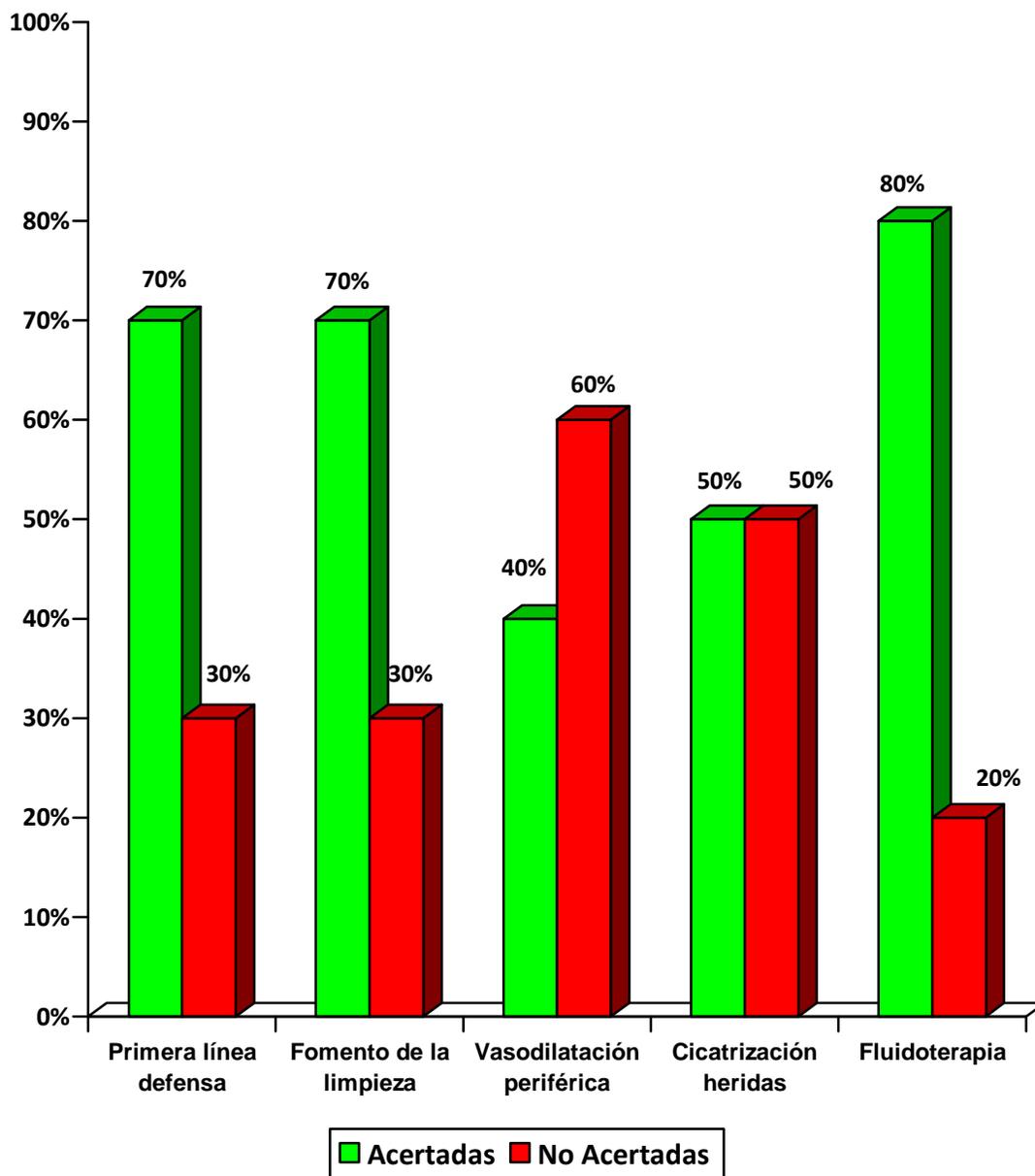
Fuente: Instrumento aplicado.

En relación a los resultados del indicador satisfacción de las necesidades fisiológicas, señalan: Para la pregunta la primera línea de defensa para prevenir la rotura de la piel en las quemaduras debe estar limpia y seca, el 70% acertó en la respuesta. Para la pregunta fomento de la limpieza en la eliminación de los microorganismos por medio de las excreciones corporales, 70% acertó en la respuesta. Para la pregunta

produce vasodilatación periférica aumentando la circulación sanguínea, 40% apenas acertó que es por medidas de higiene corporal. La pregunta que corresponde al buen papel requerido en la cicatrización de la herida por medio de la nutrición, 50% acertó en las respuestas. Para la pregunta sobre uno de los objetivos de la fluidoterapia, 80% acertó en las respuestas.

Gráfico N°4

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Satisfacción de las Necesidades Fisiológicas en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital "Dr. Domingo Luciani", El Llanito. Tercer Trimestre 2008



Fuente: Cuadro 4

Cuadro N°5

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Aspecto Físico en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.

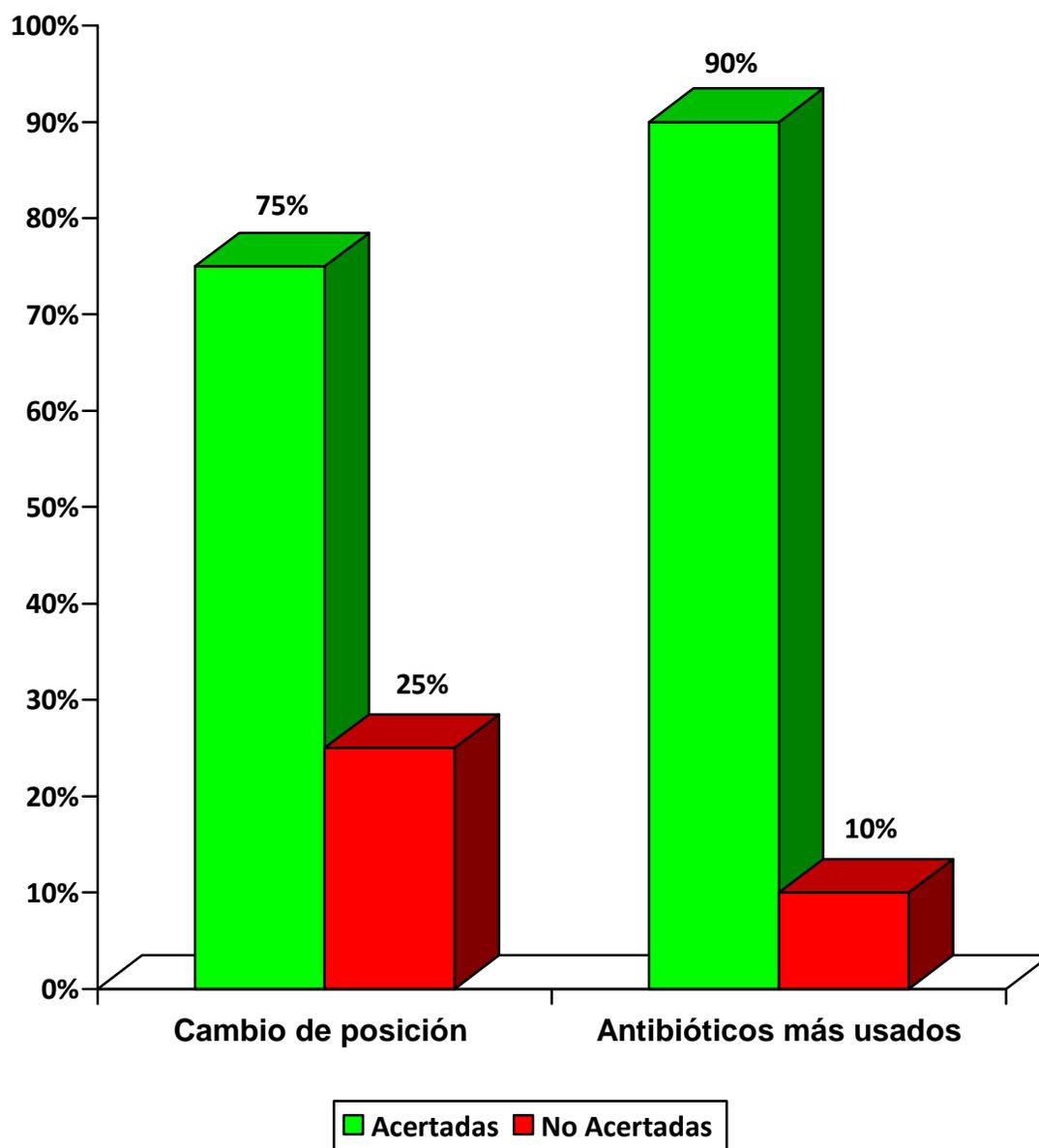
Contenidos	Respuestas				
	Acertadas		No Acertadas		Total
	f	%	f	%	f/%
30.Cambio de posición en el paciente quemado.	15	75	5	25	20/100
31.Antibióticos más usados en la cura del quemado.	18	90	2	10	20/100

Fuente: Instrumento aplicado.

En lo referente a los resultados del indicador aspecto físico: Para la pregunta cambio de posición en el paciente quemado, 75% acertó que se requiere movilizarlo cada 6 a 8 horas. Para la pregunta en las curas de heridas de pacientes quemados por medio de antibióticos, 90% acertó que es con Sulfadiazina de plata 1%.

Gráfico N°5

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Aspecto Físico en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital "Dr. Domingo Luciani", El Llanito. Tercer Trimestre 2008



Fuente: Cuadro 5

Cuadro N°6

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Aspecto Afectivo en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.

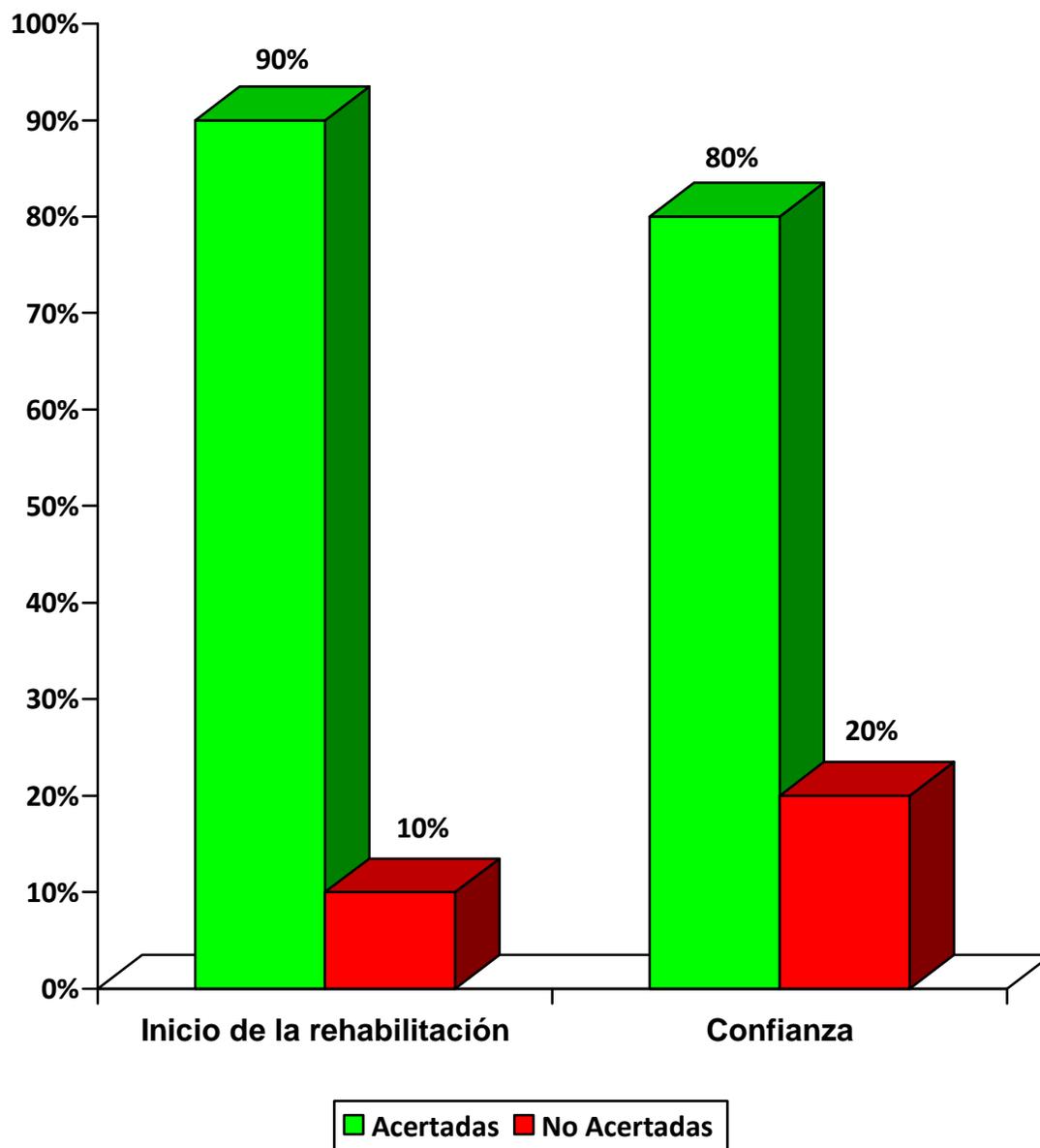
Contenidos	Respuestas				
	Acertadas		No Acertadas		Total
	f	%	f	%	f/%
32.Inicio de la rehabilitación.	18	90	2	10	20/100
33.Confianza.	16	80	4	20	20/100

Fuente: Instrumento aplicado.

En relación a los resultados del indicador aspecto afectivo requerido en el paciente quemado, estos indican: Para la pregunta inicio de la rehabilitación, 90% acertó que no debe ir junto a los cuidados continuos, sólo al verse la recuperación del mismo. Para la pregunta afianzamiento de la confianza en el paciente quemado, 80% acertó que es por medio de la demostración de afecto.

Gráfico N°6

Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Aspecto Afectivo en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital "Dr. Domingo Luciani", El Llanito. Tercer Trimestre 2008



Fuente: Cuadro 6

Análisis e Interpretación de los Resultados

A continuación se analizan los resultados obtenidos de la investigación en función de los objetivos. En ese sentido, en lo que respecta al objetivo que buscó identificar conocimiento en la enfermera(o) sobre aspectos generales en quemaduras según resultados, 54,25% de la población objeto estudio tiene conocimiento sobre aspectos generales en quemaduras. En ese orden, se observa que las enfermeras(os) de la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva (área de hospitalización), tienen un conocimiento parcial sobre un tema que debe ser dominio por este personal.

Para el segundo objetivo que buscó identificar el conocimiento de la enfermera(o) sobre atención integral requerida en el paciente quemado, los resultados corresponden 76,5% de la población objeto estudio acertó en las respuestas verdaderas, de acuerdo a los resultados se demuestra que las enfermeras(os) mayormente tienen conocimiento sobre la atención integral requerida en el paciente quemado que se encuentra hospitalizado en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El contenido de este capítulo hace referencia a las conclusiones y recomendaciones a que dio lugar según los resultados obtenidos. En este orden, son presentados en función de los objetivos establecidos en la investigación.

Conclusiones

Las enfermeras (20) 100% de la población objeto estudio, el 54,25% tiene conocimiento sobre aspectos generales en quemaduras en los componentes: fisiopatología, clasificación según su espesor y complicaciones.

Las enfermeras (20) 100% de la población objeto estudio, el 76% de la población tiene conocimiento sobre atención integral requerida en el paciente quemado en los componentes: Satisfacción de las necesidades fisiológicas, aspectos físicos y aspectos afectivos.

Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos surgen las siguientes recomendaciones:

Dar a conocer los resultados al personal y autoridades de enfermería del área en estudio, con la intención de retroalimentar el conocimiento de enfermeras(os) sobre la atención en el paciente quemado.

Promover procesos de educación en servicio hacia las enfermeras(os) para mejorar los conocimientos sobre aspectos generales de las quemaduras y la atención integral requerida en función de brindar calidad, a fin de que estos pacientes alcancen una oportuna recuperación.

Continuar con este tipo de estudios en la búsqueda de contar con resultados que puedan a futuro aportar ideas en beneficio del paciente, de la enfermera(o), la institución y, por supuesto, la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHAUER, B. (1993). **Atención al paciente quemado**. (2ª ed.). Editorial El Manual Moderno. México, México.
- ALTUVE, H. ARMAS, M. y MIJARES, M (2002) **Calidad de los cuidados de enfermería en la atención del usuario en la Unidad Clínica de Emergencia de adulto**. Trabajo Especial de Grado, U.C.V.
- ARÉVALO, J. M.*, LORENTE, J. A. (2000) **Pacientes Quemados Críticos Presentan Hipoxia de la Mucosa Intestinal que se Relaciona con el Daño por Inhalación y la Mortalidad**. Unidad de Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Madrid (España).
- ÁVILA, A (1998) **Calidad de los cuidados y su relación en la satisfacción de las necesidades básicas del usuario del Hospital “Dr. Santos Aníbal Dominicci” Carúpano**. Trabajo Especial de Grado, U.C.V.
- BERNAL, C. (2006). **Metodología de la Investigación**. (2ª ed.). Editorial Pearson-Prentice Hall. España.
- BRUNNER, L. Y SUDDARTH, D (1993) **Manual de la enfermera**. 5ª edición. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill. México.
- CARPENITO, L (1994) **Planes de cuidado y documentación en enfermería**. 1era Edición, Editorial McGraw – Hill Interamericana.
- CIRUGÍA PLÁSTICA IBERO-LATINOAMERICANA. Vol. 26 - Núm. 3 Julio-Agosto-Septiembre 2000 - Págs. 189-195. Tomado del manual de normas medicas de la Unidad de Quemados «Pearl F. Ort» del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, 1993, Santo Domingo, D.N.
- DE LOS SANTOS, C. (1999). **Abordaje sencillo de las quemaduras**. Unidad de Quemados. Hospital Dr. Luis E. Aybar. Santo Domingo, República Dominicana.
- DUGAS, B (2000) **Tratado de Enfermería Práctica**. 4ta edición, Editorial McGraw – Hill.

- FLORES, M. y GUEDEZ, M (2000) **Calidad de los cuidados de enfermería en la atención a pacientes quemados**. Trabajo Especial de Grado, U.C.V.
- FREEDMAN, KAPLAN y SANDOCK. (1982). **Tratado de Psiquiatría**. Editorial Salvat. España.
- GAUNTLETT, P. Y MYRES, B. (1998) **El Tratado de Enfermería**. Mosby Volumen 4. Editorial Harcourt Brace. España.
- KOZIER, B. ERB, G. BLAIS, K. (1993), **Conceptos y temas en la práctica de Enfermería**. 2da Edición. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill. México, México.
- LAWRENCE KOHLBERG. (1981). **Teoría del desarrollo moral de Kohlberg**. Editorial El Manual Moderno. México, México.
- LEDDY, S. (1992). **Bases conceptuales de la enfermería profesional**. (2ª ed.). J. B. Lippincott. Londres, Inglaterra.
- LONG, B., PHIPPS, W. y CASSMEYER, V. (1998). **Enfermería Médico Quirúrgica**. Vol. I y II. (2ª ed.). Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. México, México.
- LORENTE, J. A., EZPELETA, A., LEON, M. y PEMAN, M. I. (1994). **Alimentación enteral en el paciente quemado**. En: Alimentación enteral en el paciente grave. Esteban, A., Ruiz Santana, S. España: Editorial Springer-Verlag Ibérica.
- LUIS, M (2001). <http://w.w.w.ulceraspresion.net.com>
- MORELO, L. (2002) **¿Cómo se evalúan actualmente las úlceras de presión, avance o retroceso?** Medica Geriatria Departamento de Medicina Interna Pontificia Universidad Javeriana. Volumen 16 No. 3 julio - septiembre
- PINEDA, E. ALVARADO, E. y CANALES, F. (1994). **Metodología de la Investigación**. 2ª Edición. Washintong. O.P.S.

- POLIT, D. y HUNGLER, B (1994) **Investigaciones Científicas**. 5ta Edición, Interamericana Mc Graw – Hill.
- POTTER, P. y PERRY, A (2002), **Fundamentos de Enfermería**. Tercera Edición, Editorial Harcourt – Brace – Madrid – España.
- ROCHE, F. CÉSPEDES, E. SALDAÑA, A Y CRUZ, A (1999) **La enfermedad por quemaduras como modelo de respuesta inflamatoria sistémica**. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". Rev Cubana Invest Biomed 1999;18(2):77-85
- SUAREZ, E. (1998) **Cuando la Muerte se Acerca**. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill.
- TAMAYO, M. (1997). **El Proceso de la Investigación Científica**. México: Editorial Limusa.
- TÓRTORA, G. (1991). **Principios de anatomía y fisiología**. (9ª ed.). Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México, México.
- VIDELA, C., VEGA, J., BORJA, H., HERNÁNDEZ, G. (1989). **Rabdomiólisis causada por sepsis severa: discusión del rol en el desarrollo de insuficiencia renal aguda**. *Rev Méd Chile* 1989; 117: 1351-6
- ZAPATA, R. L., DEL REGUERO, A. y KUBE, R. (1999). **Actualizaciones en quemaduras. Rumbo al 2000**. Editorial Ateproca, Caracas, Venezuela.

Anexos

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CON LA
POBLACIÓN OBJETO ESTUDIO.**

**Autoras: TSU Astrid Arizal
C.I.22.016.694
Yenny Estrada
C.I.14.757.968**

Tutor: Prof. Benito S. Guerrero. R.

Caracas, Septiembre 2008

PRESENTACIÓN

A continuación se le hace entrega de un cuestionario con la intención que usted lo responda.

Gracias

Las Autoras

CUESTIONARIO

1. El sistema tegumentario:
 - a. Su superficie llega casi a 2 cm y su peso representa el 30%
 - b. Compuesto por elementos glandulares.
 - c. Compuesto solamente por epitelios.
 - d. Compuesto solamente por fibras neuromusculares.

2. Una quemadura destruye la epidermis, permitiendo:
 - a. Salida de líquidos tisulares.
 - b. Entrada de líquidos electrolíticos.
 - c. Salida de electrolitos.
 - d. Entrada de líquidos tisulares.

3. La capacidad de regeneración de la piel se produce:
 - a. Destrucción de glándulas sebáceas y sudoríparas.
 - b. Funcionamiento de glándulas sebáceas y sudoríparas.
 - c. Funcionamiento de glándulas sebáceas.
 - d. Regeneración de glándulas sebáceas y sudoríparas.

4. El principio de un choque por quemadura se caracteriza:
 - a. Reducción del volumen vascular.
 - b. Aumento del gasto cardiaco.
 - c. Disminución en la pérdida de líquidos.
 - d. Aumento de la presión sanguínea.

5. En general, a medida que los capilares recuperan su integridad:
 - a. El líquido regresa al compartimiento vascular.
 - b. El líquido se ahuyenta del compartimiento vascular.
 - c. En un tiempo de 24 horas.
 - d. Aumento de la lesión.

6. La pérdida de líquido más importante ocurre:
 - a. Primeras 24 a 36 horas posterior a la quemadura.
 - b. Primeras 48 horas posteriores a la quemadura.
 - c. Primeras 12 horas posteriores a la quemadura.
 - d. Primeras 6 horas posteriores a la quemadura.

7. Las quemaduras a nivel de cuello y tórax generalmente requieren:
 - a. Entubación endotraqueal.
 - b. Oxígeno en cámara
 - c. Pueden no ser entubados
 - d. Oxígeno de bigote

8. Uno de los signos de afección pulmonar por las quemaduras:
 - a. Edema pulmonar
 - b. Hipertensión
 - c. Hipotensión
 - d. Taquicardia

9. La afectación renal suele ocurrir:
 - a. Resultado de la disminución de la volemia.
 - b. Resultado del aumento de la volemia.
 - c. Mantenimiento de la colemia.
 - d. Aumento de la resistencia periférica.

10. La reposición del volumen de líquido permite:
 - a. Restauración del flujo sanguíneo.
 - b. Disminución del flujo sanguíneo.
 - c. Mantenimiento del flujo sanguíneo.
 - d. Aumento de la resistencia periférica.

11. Se denomina quemaduras de espesor parcial superficial:
 - a. Producidas a nivel de la capa interna de la epidermis.
 - b. Producidas a nivel de la capa externa de la epidermis.
 - c. Producidas a nivel de la capa media de la epidermis.
 - d. Producida a nivel de las capas media e interna.

12. Las quemaduras de primer grado o de espesor parcial superficial son las consideradas:
 - a. Más graves.
 - b. Menos graves
 - c. De riesgo
 - d. Bajo riesgo

13. Las quemaduras de espesor parcial profunda, que afectan la epidermis y parte de la dermis:
- Son dolorosas.
 - Son indoloras
 - No cicatrizan.
 - Bajo riesgo.
14. Hay más posibilidad de sanar el tejido quemado cuando:
- No hay destrucción de células epiteliales.
 - Hay destrucción de células epiteliales.
 - No hay relación con las células epiteliales.
 - Hay destrucción de fibras nerviosas.
15. Las quemaduras que requieren injertos:
- Quemaduras de espesor total
 - Quemaduras de espesor parcial
 - Quemaduras de I grado
 - Quemaduras de III grado
16. Las quemaduras que afectan a nivel de fascias, tendón y hueso son:
- Quemaduras de II grado
 - Quemaduras de III grado
 - Quemaduras de V grado
 - Quemaduras de IV grado
17. La infección de la quemadura afecta:
- Cicatrización primaria.
 - Cicatrización secundaria.
 - Cicatrización terciaria.
 - Cicatrización media.
18. Es una enfermedad infecciosa rápida y agresiva que afecta a pacientes con quemaduras:
- Fascitis necrosante.
 - Fascitis
 - Gangrena
 - Gangrena necrosante

19. Es la complicación más frecuente en el quemado:

- a. Infección.
- b. Shock neurogénico
- c. Respiratorio
- d. Renales

20. La disminución de la volemia durante las primeras 48 horas puede dar lugar:

- a. Shock neurológico.
- b. Shock hipovolémico.
- c. Shock séptico.
- d. Shock stress

21. El paciente por medio de la quemada pierde:

- a. Líquido
- b. Proteínas
- c. Electrolitos
- d. Gran cantidad de líquido, proteínas y electrolitos, de manera progresiva.

22. La disfunción pulmonar puede causar la muerte en pacientes quemados cuando se complica:

- a. Infección
- b. Renales
- c. Respiratorio
- d. Atrofia muscular

23. A nivel renal dentro de las complicaciones puede presentarse:

- a. La anuria y por consiguiente la muerte.
- b. Disuria.
- c. Poliuria.
- d. Disfunción.

24. La rabdominosis representa una complicación en el quemado:

- a. De gravedad.
- b. No complicada.
- c. Complicación moderada.
- d. Complicación leve.

25. La primera línea de defensa para prevenir la rotura de la piel en la quemadura:
- a. Piel limpia y seca
 - b. Piel con grasa
 - c. Piel con crema
 - d. Hacer cura diariamente
26. El fomento de la limpieza elimina los microorganismos por medio de:
- a. Excreciones corporales.
 - b. Elimina malos olores.
 - c. Confort.
 - d. Produce vasodilatación.
27. Produce vasodilatación periférica aumentando la circulación sanguínea:
- a. Higiene corporal.
 - b. Confort.
 - c. Baño
 - d. Nutrición
28. Un papel importante en el abordaje de la cicatrización de las heridas:
- a. Un buen soporte nutricional.
 - b. Cura diaria.
 - c. Masaje diario.
 - d. Evitar la cicatrización.
29. Uno de los objetivos de la fluidoterapia:
- a. Reposición del contenido hidroelectrolítico perdido a consecuencia de la fuga de líquidos.
 - b. Evitar la hipotensión.
 - c. Recuperar la volemia.
 - d. Mantener la volemia.
30. Cambio de posición en el paciente quemado:
- a. Cada 6 a 8 horas.
 - b. Cada 4 a 6 horas.
 - c. Cada 2 a 4 horas.
 - d. Cada 8 a 12 horas.

31. En las curas de heridas de pacientes quemados uno de los antibióticos

más utilizados es:

- a. Sulfadiazina de plata 1%
- b. Sulfadiazina de plata 10%
- c. Sulfadiazina de plata 20%
- d. Sulfiazina de plata 5%

32. Cuando inician la rehabilitación en el paciente quemado:

- a. Al verse la recuperación
- b. Debe ir junto a los cuidados continuos.
- c. No debe ir junto a los cuidados continuos.
- d. No debe ir junto a los cuidados continuos, sólo al verse la recuperación del mismo.

33. Ayudando afianzar la confianza como parte de la rehabilitación en el

paciente quemado requiere:

- a. Demostración de afecto.
- b. Reducir la minusvalía.
- c. Reducir el miedo.
- d. Dar confianza.

[Confiabilidad del Instrumento de Recolección de Datos]
[Cuestionario]
MÉTODO TEST-RETEST

MUESTRA PILOTO ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/0
2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9/1
3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9/1
4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9/1
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9/1
6	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8/2
7	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	8/2
8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/1
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8/2
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9/1
11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/1
12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9/1
13	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8/2
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9/1
15	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8/2
16	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8/2
17	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9/1
18	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9/1
19	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9/1
20	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9/1
21	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9/1
22	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9/1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/0
24	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9/1
25	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8/2
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/0
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/0
28	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9/1
29	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9/1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/0
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/0
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/0
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/0
TOTAL	30/3	29/4	30/3	29/4	29/4	30/3	31/2	30/3	30/3	30/3	298/32

1=Positivos
0=Negativos

330 = 100%
298 = 90,30/100

CONFIABILIDAD = 0,90

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, _____ en mi carácter de experto en:
_____ certifico que he leído y
revisado el instrumento para la recolección de los datos de investigación que
desarrollan las TSUE **Astrid Arizal, C.I.22.016.694 y Yenny Estrada, C.I.14.757.968**, en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es:
**CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SOBRE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON
QUEMADURAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI” EN EL
TERCER TRIMESTRE DEL 2008**, y los cuales, a mi criterio, reúnen los
requisitos de validez.

En Caracas, a los _____ días del mes de _____ de
2008.

Nombre

C.I. N°

Fecha:

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SOBRE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON
QUEMADURAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI” EN EL
TERCER TRIMESTRE DEL 2008**

**Autoras: TSU Astrid Arizal
C.I.22.016.694
Yenny Estrada
C.I.14.757.968**

Tutor: Prof. Benito S. Guerrero. R.

Caracas, Septiembre 2008

**CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SOBRE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON
QUEMADURAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI” EN EL
TERCER TRIMESTRE DEL 2008**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SOBRE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON
QUEMADURAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI” EN EL
TERCER TRIMESTRE DEL 2008**

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al
Título de Licenciado en Enfermería**

**Autoras: TSU Astrid Arizal
C.I.22.016.694
Yenny Estrada
C.I.14.757.968**

Tutor: Prof. Benito S. Guerrero. R.

Caracas, Septiembre 2008

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, presentado por las bachilleres: **Astrid Arizal, C.I.22.016.694 y Yenny Estrada, C.I.14.757.968**, para optar por el título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA, que lleva por título: CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON QUEMADURAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI” EN EL TERCER TRIMESTRE DEL 2008**. Considero que reúne las condiciones y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los días del mes de de
dos mil ocho.

Prof. Benito S. Guerrero R.

DEDICATORIA

A **Dios Jehová**, por darme salud, iluminar mi mente, concederme inteligencia para culminar con éxito mi carrera y obtener mi anhelado título de Licenciada en Enfermería.

A **mis padres y hermanas**, en especial a "**Pupo**", por todo el amor y el apoyo que me han brindado durante toda mi vida.

A **mí misma**, por mi constancia y valor para seguir adelante y lograr las metas que me he propuesto.

Astrid Arizal

DEDICATORIA

A **Dios**, Ser Supremo de infinito amor que me protege y me conduce por los caminos seguros hacia una vida plena colmada de dicha y prosperidad.

A mi **Virgen de Coromoto**, quien con su amor y bondad me brinda la protección que sólo una madre brinda a sus hijos.

A **mis padres y hermanos**, por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

Yenny Estrada

AGRADECIMIENTO

A la **Universidad Central de Venezuela**, Alma Mater, quien nos brindó la oportunidad de crecer académicamente.

A nuestro tutor, **Prof. Benito S. Guerrero R.**, por el aporte de conocimientos y las orientaciones brindadas durante la elaboración del trabajo especial de grado.

Al **Hospital “Dr. Domingo Luciani”**, por la colaboración prestada durante la realización de la investigación.

A los **Profesionales de Enfermería** que laboran en la **Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva** del Hospital “Dr. Domingo Luciani”, por su valiosa colaboración en la fase de recolección de datos.

Las Autoras

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	vii
LISTA DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO	
I EL PROBLEMA.....	4
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos del Estudio.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Justificación.....	8
II MARCO TEÓRICO.....	11
Antecedentes del Estudio.....	11
Bases Teóricas.....	14
Sistema de Variables.....	65
Operacionalización de la Variable.....	66
Definición de Términos.....	68

	Pág.
III	MARCO METODOLÓGICO..... 69
	Diseño de Investigación..... 69
	Tipo de Estudio..... 69
	Población..... 70
	Métodos e Instrumentos para la Recolección de Datos.. 70
	Validación y Confiabilidad..... 71
	Procedimientos para la Recolección de los Datos..... 72
	Técnica de Análisis de Datos..... 73
IV	RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN..... 74
	Presentación de los Resultados..... 74
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 92
	Conclusiones..... 92
	Recomendaciones..... 92
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 94
	ANEXOS..... 97
	A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
	B. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.
	C. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

LISTA DE CUADROS

CUADRO		Pág.
1	Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Fisiopatología de las Quemaduras en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	75
2.	Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Clasificación de las Quemaduras según su espesor en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	78
3	Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Complicaciones por Quemaduras según su espesor en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	81
4	Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Satisfacción de las Necesidades Fisiológicas en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	84
5	Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Aspecto Físico en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	87
6	Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Aspecto Afectivo en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	Pág.
1 Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Fisiopatología de las Quemaduras en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	77
2. Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Clasificación de las Quemaduras según su espesor en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	80
3 Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Complicaciones por Quemaduras según su espesor en pacientes que ingresan al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	83
4 Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Satisfacción de las Necesidades Fisiológicas en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	86
5 Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Aspecto Físico en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	88
6 Distribución de las respuestas de las enfermeras(os) correspondientes al conocimiento que tienen sobre el indicador Aspecto Afectivo en el paciente quemado que ingresa al área de hospitalización. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito. Tercer Trimestre 2008.....	90

**CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SOBRE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON
QUEMADURAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI” EN EL
TERCER TRIMESTRE DEL 2008**

**Autoras: Yenny Estrada
Astrid Arizal**

Tutor: Prof. Benito S. Guerrero R.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el conocimiento en enfermeras(os) sobre la prevención de complicaciones en pacientes con quemaduras en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital “Dr. Domingo Luciani” en el tercer trimestre del 2008. El estudio es de campo y descriptivo. La población objeto de estudio estuvo conformada por 20 enfermeras(os), estudiándose en su totalidad, razón por la cual no se extrajo muestra. El estudio requirió para la recolección de información de un cuestionario conformado por 34 preguntas y cada pregunta presenta varias alternativas de respuesta para seleccionar una (1). El cuestionario fue validado por juicio de expertos. Dicho instrumento ameritó su confiabilidad por medio de una prueba piloto a 10 enfermeras que no forman parte de la población objeto estudio y tuvo como resultado 0,90, que demuestra la confiabilidad del cuestionario. En relación a los resultados de la investigación se comprobó que las enfermeras(os) tienen un conocimiento parcial en cuanto a la prevención de complicaciones en el paciente quemado.