



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA
CURSO: TALLER DE PRODUCCION DE TESINA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

TALLER DE TRABAJO FINAL

ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRITICOS EN PACIENTES QUEMADOS POSTQUIRÚRGICOS

Profesor Titular:

Lic. Jorge Gustavo MICHEL

Jefes De Trabajos Prácticos:

Lic. Ana Inés FERNÁNDEZ

Lic. María Elena FERNANDEZ SALGADO

Bioq. Marcos GIAI

Autoras:

Huaraya Maraza, Melisa Carmen

Olmedo Chirinos, Gladyz

Paíta Aucachi, Mariela Vanesa

MENDOZA, DICIEMBRE 2019

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACION

Presidente:

Vocal1:

Vocal2:

Trabajo Aprobado el:/...../.....

AGRADECIMIENTOS

Huaraya Maraza, Melisa Carmen: al equipo docente de la cátedra, correspondientes a la asignatura de Taller de Trabajo Final. Agradecer a mi familia por su comprensión y su apoyo incondicional. A mis padres que han hecho lo posible para poder brindarme su apoyo moral, agradecer al equipo de trabajo, mis compañeras y amigas.

Olmedo Chirinos, Gladyz: agradecimiento en primer lugar a DIO. Agradecer a los docentes que han aportado sus conocimientos guiándonos en cada paso. Agradecimiento a mi madre, por comprender mis emociones durante este trayecto, por su apoyo incondicional por sus consejos y demás, a mi hermana que en los momentos de ansiedad ha sabido escuchar y comprender. Agradezco a nuestro equipo por de trabajo que además de colegas amigas.

Paita Aucachi, Mariela Vanesa: agradecimiento DIOS, al equipo docente que nos han ayudado en cada paso de este trabajo. Agradecimientos a mis padres y hermanos, por su apoyo y su comprensión, por los momentos que he tenido que ausentarme en algunas ocasiones especiales familiares. Agradezco a mis compañeras de grupo además de compañeras de facultad amigas.

PREFACIO

La enfermería es una de las profesiones más antiguas, es la que mayormente pasa a lado del paciente, ello tiene una gran importancia en la evolución del paciente, ya que es una de las que primero da el alerta de algún problema que puede acontecer con el paciente, su método LA OBSERVACION cefalocaudal del paciente, siendo así una valoración holística del mismo.

Al pasar el tiempo en el trabajo, se ven obligados a pasar varias horas según el área en el que se encuentra y dinámica del mismo, ello influye en las emociones sentimentales.

Deben estar capacitados constantemente, para poder brindar una atención óptica y de calidad. De eso se trata, pero por factores varios, es dificultoso asistir a diferentes curso y / o capacitaciones.

Muchas veces se ven obligado, a una sobrecarga laboral para poder solventar la falta de personal, licencias y demás; ello a veces es uno de los factores que pueden influir.

La distancia no da tregua y más si el lugar de trabajo está en el norte y el hogar en el sur.

Los horarios que son propuestos para los cursos, no se asemejan al manejo horario de los profesionales, ello afecta en la asistencia a las capacitaciones que podrían llegar a brindar el hospital.

Las propuestas son diversas y algo utópicas, pero con una buena organización del emisor y disposición del receptor del cuidado, es una tarea exhaustiva y osada pero a la vez es una propuesta que se puede llegar a poner en marcha.

INDICE GENERAL

CAPITULO I	1
Planteamiento Del Problema.....	1
INTRODUCCION	2
PROBLEMA	5
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVO ESPECIFICO	6
JUSTIFICACION	7
MARCO TEORICO.....	9
APARTADO I.....	9
Anatomía y fisiología	10
Etiología Y Clasificación De Quemaduras.....	14
APARTADO II.....	17
Manejo Pre hospitalario.....	17
Y	17
Hospitalario	17
Fase Pre hospitalaria	18
Fase Hospitalaria	18
Tratamiento	20
Tipos de Alteraciones.....	21
Cuidados De enfermería En Pacientes Quemados.....	24
Manejo Multidisciplinario Del Paciente Quemado	29
La Historia	30
APARTADO III.....	34
Hospital Luis Lagomaggiore	34

Servicio Terapia Intensiva B/Quemados	34
Asistencia En Procedimientos Invasivos	37
Preparación pre quirúrgica en pacientes quemados	40
Recepción del paciente postquirúrgico:.....	40
Cuidados de enfermería en pacientes postquirúrgicos	41
Farmacología	42
CAPITULO II	46
Diseño Metodológico	46
Área de estudio	47
Población y muestra	47
Criterio de exclusión	48
Método e instrumento de recolección de datos	48
Operacionalizacion De Las Variable	49
CAPITULO III	53
Resultados, Discusión Y Propuestas	53
Discusión.....	75
Propuestas	77
Conclusión.....	79
Bibliografía	80
ANEXOS	83
Anexo I: Estructura De La Piel.	84
Anexo II: Tipos De Quemaduras.	85
Anexo III: Extensión De Las Quemaduras, Regla De Los Nueve.....	86
Anexo IV: Ev1000.....	87
Anexo V: Base Primea.	88
Anexo VI: cuestionario.	89

Anexo VII: Tabla Matriz.	93
Anexo VIII: Chek In Evaluativo.	98

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tablas Y Gráficos.....	54
Tabla 1.1.1. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Maternidad...	55
Gráfico. 1.1.1. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Maternidad	55
Tabla 1.1.2. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. UCO.....	56
Grafico 1.1.2. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. UCO.	56
Tabla 1.1.3. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Clínica Médica.	57
Grafico 1.1.3Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Clínica médica.	57
Tabla 1.1.4. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Guardia.....	58
Grafico1.1.4. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Guardia.	58
Tabla 2. Rango etario.....	59
Grafico 2. Rango etario.	59
Tabla 3. Sexo.....	60
Grafico 3. Sexo.....	60
Tabla 4. Nivel Académico.....	61
Grafico 4. Nivel académico.....	61
Tabla 5. Años de experiencia.....	62
Grafico 5. Años de experiencia.	62
Tabla 6. Capacitaciones previas.	63
Grafico 6. Capacitaciones previas.....	63
Tabla 7. Frecuencia de asistencia a capacitaciones.	64

Grafico 7. Frecuencia de asistencia a capacitaciones.....	64
Tabla 8. Factores que influyen a la falta de asistencia a capacitaciones.	65
Grafico 8. Factores que influyen a la falta de asistencia a capacitaciones.....	65
Tabla 9. Signos vitales de mayor importancia en pacientes con quemaduras de 2º grado. La respuesta correcta es DOLOR.	66
Grafico 9. Signos vitales de mayor importancia en pacientes con quemaduras de 2º grado.....	66
Tabla 10. Estructuras afectadas en quemaduras de 3º grado.....	67
Grafico 10. Estructuras afectadas en quemaduras de 3º grado.	67
Tabla 11. Curación en pacientes quemados.	68
Grafico 11. Curación en pacientes quemados.....	68
Tabla 12. Balance hidroelectrolítico: ingreso y egreso en las primeras 24 horas	69
Grafico 12. Balance hidroelectrolítico: ingreso y egreso en las primeras 24 horas.	69
Tabla 13. Conocimiento sobre farmacología.	70
Grafico 13. Conocimiento sobre farmacología.	70
Tabla 14. Caso simulado de ingreso de paciente con una quemadura superior a 80% de superficie corporal. Acción realizada al ingreso independientemente de quien lo haga.....	71
Grafico 14. Caso simulado de ingreso de paciente con una quemadura superior a 80 % de superficie corporal. Acción realizada al ingreso independientemente de quien lo haga.....	71
Tabla 15. Cuidado en pacientes postoperatorio inmediato.	72
Grafico 15. Cuidado en pacientes postoperatorio inmediato.....	72
Tabla 16. Cuidados tardíos. Respectos al cuidado de las heridas y / o injertos.	73

Grafico 16. Cuidados tardíos. Respectos al cuidado de las heridas y / o injertos.
..... 74

RESUMEN

Tema: Enfermería en cuidados críticos en pacientes quemados postquirúrgicos: “Se creería que hay, una falta de personal de enfermería en determinada época del año”.

Autores: Enf. Huaraya Maraza, M; Enf. Olmedo Chirinos, G y Enf. Paita Aucachi, M.

Introducción: se creería que en el área crítica, hay una falta de personal de enfermería en determinada época del año. Debido a ello hay una necesidad de personal que cubra esa falta, se podría recurrir al ingreso de apoyo de enfermeros del propio hospital de diferentes áreas, se podría otorgar diferentes charlas, ateneos y cursos sobre los diferentes aspectos a tener en cuenta en pacientes quemados. Es por ello que es fundamental la capacitación continua del personal de enfermería del nosocomio, para obtener continuamente personal de salud capacitado en pacientes quemados de Terapia intensiva.

Objetivo: Determinar qué factores intervienen en los cuidados de Enfermería la falta de capacitación especializada

Diseño metodológico: El estudio utilizado en esta investigación es tipo cuantitativo, descriptivo; según el tiempo retrospectivo y según el periodo y la secuencia del estudio es longitudinal.

Conclusión: Los datos recopilados demostraron, que no asisten a capacitaciones de forma regular debido a la distancia del hogar, por una sobre carga laboral o debido a hijos menores de 18 años. El servicio de clínica médica predomina, según la investigación en cuanto al grado de mayor conocimiento.

Sugerencia: poder brindar capacitaciones de forma regular a los profesionales del hospital, para ampliar y actualizar de forma continua los conocimientos.

Palabras claves: falta de capacitaciones, enfermería en cuidados críticos, ampliar y actualizar los conocimientos.

CAPITULO I

Planteamiento Del Problema

INTRODUCCION

Este informe comprende, la investigación solicitada por el equipo docente de la asignatura de “Taller De Trabajo Final” a los estudiante del segundo año del Ciclo De Licenciatura En Enfermería, correspondiente al año 2019; a los fines de poder plasmar los conocimientos obtenido en el proceso de aprendizaje.

Este informe consta de 3 capítulos.

El primer capítulo comprende, la descripción del problema sobre el cual se trabajará, “Los factores que influyen en la capacitación de enfermeros, en pacientes quemados postquirúrgicos”, a partir de ello se formula la pregunta problema, se planifican objetivos; y se fundamenta el porqué de la elección del tema a tratar.

El marco teórico es de carácter descriptivo, consta de 3 partes, de los cuales la primer parte se menciona la anatomía y fisiología de quemados; la segunda, atención pre hospitalaria e intrahospitalaria; por último se hace referencia de la forma de trabajo en el hospital seleccionado del manejo en pacientes quemados.

El segundo capítulo, aborda el diseño metodológico, se describirá el tipo de investigación, la población, muestra y criterios de exclusión.

El tercer capítulo, se plasman los resultados y gráficos, discusión, propuestas y finalmente la conclusión del trabajo respondiendo de esta forma los objetivos propuestos.

DESCRIPCIONDEL PROBLEMA

En el servicio de Terapia Intensiva Sección B/Quemados del Hospital Luis Lagomaggiore; provincia de Mendoza. Se creería que hay una falta de personal de enfermería en determinada época del año. Debido a ello hay una necesidad de personal que cubra esa falta.

Por ello, se podría recurrir al ingreso de apoyo de enfermeros del propio hospital de diferentes áreas (clínica médica, guardia, unidad coronaria, maternidad).

El seguimiento del paciente quemado podría llegar a ser en otros servicios, debido a que se sabe que el paciente es un ser complejo y no solo es un sistema sino es un conjunto del mismo.

Si bien, los pacientes podrían llegar a estar a posteriori en otro servicio luego de haber sido compensados en terapia, no obstante, no se sabe si el personal de “dichos” servicios cuenta con una capacitación específica o tienen alguna experiencia previa, sobre el cuidado de pacientes quemados.

Para cubrir la necesidad del servicio se elige de forma aleatoria personal de cualquier servicio, sin tener en cuenta el grado de conocimiento previo que tienen sobre los cuidados en pacientes quemados; siendo de esta forma, muchas veces se creería que puede haber una sobrecarga para el resto del personal de terapia, al tener que educar sobre los cuidados y sobre la complejidad que lleva la atención en un paciente crítico.

Esta observación se ha evidenciado por las complicaciones, que dichos pacientes suelen presentar en su recuperación inmediata, mediata, dentro de los cuales podemos nombrar infecciones, flictenas por pérdidas de injertos, sangrado, entre otros.

Algunos de otros factores que podrían influir se creería que es, el ingreso del nuevo personal al servicio, ya que les resulta difícil adaptarse en situaciones críticas, tales como el manejo de pacientes quemados postquirúrgicos (curaciones, asistencias en procedimientos invasivos, movilización); la sobre carga laboral, entre otros.

Estas dificultades podrían afectar tanto al paciente como a su entorno familiar, lo cual puede ser percibido por los mismos como una deficiente calidad de atención de Enfermería.

Se creería que el personal antiguo es el que capacita al personal nuevo que ingresa, aunque dicha capacitación no contempla todas las áreas de cuidado, lo cual a largo plazo afecta al paciente y a la familia. Muchas veces ante la duda, el personal recurre al médico de guardia para consultar sobre procedimientos que desconoce, donde en reiteradas oportunidades no recibe una respuesta satisfactoria.

El personal de enfermería que llevaría más de 5 años de antigüedad aproximadamente, capacitaría al personal nuevo, pero debido a la falta, tiempo, dicho personal nuevo no obtiene la capacitación suficiente para la atención del paciente quemado postquirúrgico, por lo cual hay una disminución en la contratación de profesional sin experiencia alguna en el área -crítica.

PROBLEMA

¿Qué implicancia produciría la falta de capacitación profesional del personal de enfermería del Hospital Luis Lagomaggiore durante el primer semestre del año 2019?

OBJETIVO GENERAL

Determinar qué factores intervienen en los cuidados de Enfermería la falta de capacitación especializada.

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar que cursos de capacitación específica en esta área ofrece la institución.

Establecer el grado de conocimiento del personal de Enfermería sobre atención y cuidados del paciente quemado postquirúrgico.

Identificar las complicaciones tardías en los pacientes quemados postquirúrgicos.

Determinar cuáles de los servicios mencionados estarían capacitados para cubrir las necesidades del servicio de terapia quemados/B.

JUSTIFICACION

El trabajo es presentado con el fin de dar a conocer la realidad de una problemática creciente en el servicio. En el cual se detalló las posibles complicaciones y las consecuencias del mismo, planteando uno de ellos y poder dar un giro en la praxis de enfermería. Uno de los problemas con lo cual se ve afectado el servicio, es la falta de capacitación continua del profesional de enfermería en cuidados críticos de pacientes quemados postquirúrgicos.

La falta de capacitación, tiene factores involucrados y sus respectivas consecuencias, los cuales pueden ser observados en la práctica diaria. Se expuso el problema aparente detallando falencias observadas en el trabajo del ingreso del nuevo personal, de personal de otros servicios que no llegan a cubrir las necesidades.

Se creería que con esta investigación habría beneficios el cual serán detallados a posteriori.

El poder abordar esta problemática, permitiría plantear una posible solución a futuro, en el cual podrá verse la impronta del hospital, brindando capacitación para el profesional ingresante y una actualización del mismo para los profesionales del servicio.

Los beneficios serían varios los cuales se verían reflejados en la práctica diaria del profesional.

Este trabajo podría dar paso a futuras investigaciones comparativas en cuanto al manejo y cuidados de pacientes quemados en el pre y postoperatorio.

Ello beneficiaría al hospital como centro referente de quemados del sur oeste Argentino, al servicio pues si el profesional de enfermería sabe cómo realizar las técnicas correspondientes con los insumos que se le dan, no utilizarían insumos innecesariamente, al profesional que ejerce su práctica en el servicio maximizando su conocimiento y actualizando el mismo, al nuevo profesional de enfermería que ingresa a la institución sin experiencia con pacientes quemados poder afrontar el servicio con mayor seguridad teniendo una información de base en la cual pueda sostenerse , así saber cómo contener a familiares que al estar

en esa situación no saben que esperar y por eso necesitan de personal calificado para sentirse contenidos emocionalmente, sabiendo así poder actuar frente a este tipo de cuidados y por último y no menos importante al receptor del cuidado el PACIENTE.

MARCO TEORICO

APARTADO I

Anatomía Y Fisiología

En este primer apartado, se hará mención de lo relacionado a las quemaduras, detallando la anatomía y fisiología del mismo.

DEFINICION

Las quemaduras son lesiones en la piel provocadas por distintos agentes tales como: físicos (fuego), químicos (sustancias), térmicos (temperatura).

Provocan destrucción de la primera barrera de protección del cuerpo **la piel**, a medida que va progresando en profundidad se puede diferenciar los tipos de quemaduras, y al observar la piel se puede describir la extensión y la ubicación de la lesión.

Anatomía y fisiología

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, está formado por tres estructuras la epidermis, la dermis y el tejido graso, posee distintas funciones como: regular la temperatura corporal, almacena agua y grasa (Barrera), como órgano sensorial, reparadora curación de heridas, impide la pérdida de agua, impide el ingreso de bacterias (inmunológica), vasculares nutritivas, y comunicación. Imagen en anexo 1.

- **Epidermis:**

Es la parte visible de la piel se divide en:

 Queratinocito: son células que producen queratinas y citoquinas, los queratinocitos, forman las 4 capas de la epidermis: capa basal, estrato espinoso, estrato granuloso y capa córnea.

-La capa basal es la más profunda y está constituida por una sola capa de células cuboidales, los queratinocitos expresan la queratina K 5 y K14.

-El estrato espinoso o de Malphigio está constituido por múltiples hileras de queratinocitos que expresan las queratinas K1/K10.

-La capa granulosa está por encima y está constituida por una o varias hileras de células, contienen los gránulos de la queratina k2 y k11.

- Por encima de la capa granulosa se encuentra la capa cornea, las células pierden el núcleo y son las llamadas queratina blanda.

✚ Melanocitos: es una célula dendrítica, su principal función es la producción de melanina, responsable de la coloración de la piel.

✚ Célula Merkel: Se localiza a nivel basal función mecánica receptora, localizados en lugares sensibles al tacto como los pulpejos, mucosa y folículos pilosos,

✚ Célula de Langerhans: Derivadas de médula ósea, función de presentaciones antigénicas e involucradas en la respuesta inmune por medio de las células T.

Las células epidérmicas están unidas entre sí por medio de los puentes de unión intercelular (desmosomas) y están unidas a la dermis por medio de la membrana basal.

La epidermis está separada de la dermis por la capa basal constituyendo así la unión dermo-epidérmica.

- **Dermis:** Un tejido fibro-elástico, formado por una red de colágeno y fibras elásticas permitiendo a la piel la flexibilidad y fuerza, contiene: células, fibras, elementos vasculares, folículos capilares, glándulas sudoríparas, estructura de colágeno, nervios, anejos, fibroblastos, vasos linfáticos.

La dermis se puede dividir en dos partes:

-Una zona fina que pasa por debajo de la epidermis, la dermis papilar y alrededor de los anejos dermis perianexial.

-Una zona gruesa que va desde la dermis papilar y el tejido subcutáneo, La dermis papilar localizada por debajo de las papilas dérmicas tiene muchos vasos y fibras de reticulina.

La dermis reticular es la más rica en colágeno y fibras elásticas, el fibroblasto es la célula más presente teniendo como función la producción de elementos fibrosos de la dermis, como el colágeno.

La estructura anexiales de la piel está constituido por las uñas, los pelos, glándulas sebáceas, las glándulas sudoríparas.

Los pelos cubren toda la superficie corporal excepto palmas, plantas y mucosas. Existen 3 tipos de pelo: el lanugo o vello fetal, el pelo velloso y el pelo terminal formadas por queratina dura.

Las uñas están formadas por queratina dura contiene diversas partes que incluyen la matriz, la cutícula, la lúnula, la lámina ungueal y el hiponiquium.

Glándulas sebáceas son glándulas halocrinas que drenan directamente al folículo piloso, excepto en aureola, pezón, labios, labios menores, glande y parpados.

Glándulas sudorosas ecrinas se encarga de la producción del sudor, compuesto mayormente por agua teniendo la función de la regulación de la temperatura o respondiendo a estímulos tales como el calor, ciertos alimentos, situaciones de estrés, y estímulos simpáticos y para simpáticos.

Glándulas sudorosas apocrinas no tiene presencia en la piel de los hombres. Son glándulas que se encuentran a nivel de la dermis profunda o tejido graso subcutáneo que drenan directamente al folículo piloso.

Los vasos de la piel reciben la irrigación sanguínea de los vasos perforantes del tejido graso subcutáneo y músculo, formándose 2 plexos vasculares, un plexo vascular profundo localizado a nivel de la unión dermo-hipodérmica y un plexo vascular superficial localizado en la porción alta de la dermis reticular. El flujo sanguíneo cutáneo es de gran importancia en la termorregulación.

Existen muchas terminaciones nerviosas a nivel cutáneo que reciben estimulación nerviosa externa. El sistema eferente que es responsable del

funcionamiento del sistema vascular y aneural (sistema nervioso autónomo simpático) y un sistema aferente responsable de la sensibilidad cutánea.

- **La capa de grasa subcutánea o hipodermis:** es la capa más profunda de la piel y consta de una red de colágeno y células de grasa, protege al cuerpo de lesiones, también en la conservación de temperatura y energía.

Histología de la piel. ¹

Estructura	Constituido		Función
Epidermis	-Células no detriticas: Queratinocito	Los queratinocitos a su vez se organizan en capas o estratos, que de la más superficial hacia adentro son:	Producción de queratina, sintetizan otras sustancias químicas, como: alfa interferón, prostaglandinas, factores estimulantes de colonias granulocíticas-monocíticas, factor activador de los timocitos, derivado de las células epidérmicas (ETAF).
		• Capa córnea • Capa lúcida • Capa granulosa • Capa espinosa • Capa basal	
	-Células detriticas:	Melanocitos	Responsables de la producción de melanina, la sustancia que da color a la piel. ²
		Célula Merkel	mecano-receptora
		Célula de Langerhans	Presentación antigénica y están involucradas en una gran variedad de respuestas inmunes por medio de la

¹ Gisela Navarrete Franco. Histología de la piel. Rev Fac Med UNAM Vol.46 No.4 Julio-agosto, 2003. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-4/RFM46403.pdf>

² Disponible en: <https://www.ecured.cu/Melanocito>

			activación de las células T. (2) ³ .
Dermis	Zona fina Zona gruesa		Suministro de resistencia, flexibilidad y elasticidad. Protección de órganos internos de agentes externos, principalmente traumatismos gracias a la elasticidad. Barrera frente a agentes infecciosos. Cicatrización de las heridas. Estimula producción de queratinocitos y colágenos.
Hipodermis	Es la capa subcutánea de la <u>piel</u> , está constituida por tejido adiposo que es la continuación en profundidad de la dermis.		Conservación de la temperatura.

Etiología Y Clasificación De Quemaduras

Según el agente causal de la lesión se puede distinguir 4 tipos de quemaduras.

Térmicas: incluidas lesiones por llamas, lesión por frío.

Eléctricas: lesiones por voltajes.

Químicas: en sustancias ácidas o alcalinas por lo general se encuentran en productos de limpieza.

Radiación: radiaciones ultravioletas (denominadas quemaduras solares)

³ Disponible en: <https://www.ecured.cu/Melanocito>.

Clasificación

Para clasificar en cuanto a tipo y grado de quemaduras se debe tener en cuenta las estructuras comprometidas, para ello se debe ser muy minucioso en la observación, detallando su localización, extensión, edad, estado nutricional, etc.

Para clasificar los tipos de quemaduras podemos citar, la clasificación de Converse-Smith, que junto con la de la *American Burns Asociación* (ABA) y la de Benaim, son las habitualmente empleadas.⁴ Anexo II

Según su profundidad:

Profundidad	Estructura comprometida	Agente causal	Características	Cicatrización
1º Primer grado	Epidermis	Exposición solar cotidiana durante altas temperaturas.	Dolor intenso Eritema Ligero edema	4 – 5 días.
2º Segundo grado. -superficial. -profundo.	Epidermis y dermis	Exposición solar prolongada (playa). Quemadura con líquidos calientes.	Flictenas Dolor Secuela de despigmentación. Superficie algo rígida De color rojo brillante Puede haber pérdida de masa muscular. Flictenas. Hipoalgesia.	5 – 21 días. Mayor a 3 semanas.
3º Tercer grado.	Epidermis, dermis, estructuras profundas (músculo y hueso).	Quemaduras por contacto directo con fuego por tiempo prolongado.	Indolora debido a la destrucción de las terminaciones nerviosas. Piel aspecto acartonado Carbonizado Pérdida de estructuras tales como la masa muscular, tendones.	Requiere de injertos.

Fuente: producción propia.

⁴Rossani G., Hernández I., Alcolea J.M., Castro-Sierra R., Pérez-Soto W., Trelles M.A... Tratamiento de quemaduras mediante plasma rico en plaquetas (PRP): parte I. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 mayo 23]; 40(2): 229-238. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000200015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922014000200015>.

Según la extensión:

La clasificación según su extensión se realiza usando la regla de los 9 de wallence.

Cada área afectada tiene un valor. Anexo III. En el cuadro siguiente se puede observar el valor que se le da a cada estructura:

Estructura	superior	inferior	posterior	anterior	total
Cabeza y cuello			4.5	4.5	9
tórax	9	9	9	9	36
Miembro superior					
Derecho			4.5	4.5	9
izquierdo			4.5	4.5	9
Miembro inferior					
Derecho			9	9	18
Izquierdo			9	9	18
genitales					1
Total					100

Fuente: cuadro produccion propia.

APARTADO II

Manejo Pre hospitalario

Y

Hospitalario

El inicio de la evaluación consiste en alejar la fuente de calor, enfriar el área comprometida sin correr el riesgo de provocar hipotermia sobre todo en niños y ancianos, evitar remover la ropa especialmente en el área adherida a la piel. (2)

Luego de esta observación se llevará un plan estratégico en base a la situación de cada paciente.

Fase Pre hospitalaria

Vía área: asegurarse de que haya una buena permeabilidad de vía área es lo más importante, evaluando el ritmo y frecuencia respiratoria, observando la amplitud de la caja torácica. Evaluar si se requerirá de fuente oxígeno o en los peores de los casos la intubación endotraqueal (pacientes inconscientes) en pacientes con falla respiratoria y hemodinamicamente inestables.

Circulación: es de gran importancia tener accesos venosos para realizar resucitación con volúmenes.

Analgesia: como tercera prioridad el control del dolor, dependiendo de la profundidad y el agente causal se evaluará la administración de vía de analgesia (analgésicos no opiáceos), en el caso de que el paciente presente ansiedad se podrá recurrir a benzodiacepinas.

Transporte: al centro hospitalario correspondiente al caso.⁵

Fase Hospitalaria

- 1- Resucitación temprana: las primeras 24 horas. control de la vía aérea y mantenimiento de la estabilidad hemodinámica.
- *evaluar necesidad de intubación:* además de la observación de la extensión, la localización, patrón respiratorio depende también de los análisis de laboratorio.
- *acceso vascular:* es de gran importancia mantener dos vías periféricas permeables en los sitios en los cuales no están comprometidos, tener un acceso arterial para tener un control de la tensión arterial en cuyo caso no se pueda

⁵<http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v17n1/v17n1a4.pdf/>

realizar de forma no invasiva. La vía venosa central será realizada teniendo en cuenta la necesidad de inotrópicos que el paciente pueda requerir y la medición de la presión venosa central.

- *resucitación con líquidos*: dependiendo del grado y la extensión se empleará la administración de líquidos vía oral en quemaduras del 20 % SCT (superficie corporal total), en el caso de necesidad de administración de soluciones parenterales los elegidos son las soluciones cristaloides isotónicas tales Ringer lactato, solución salina. Los coloides por lo general no son administrados las 24 horas, su necesidad de administración dependerá si hay necesidad de corrección de trastornos hemorrágicos.

Existen en la actualidad una formula en el cual evalúan la necesidad exacta para la administración de soluciones.

Parkland: $4 \text{ mL} \times \text{peso (kg)} \times \text{porcentaje de la quemadura}$

-Inotrópicos: en cuyo caso el soporte de líquido no de buena respuesta se requiere el uso de inotrópicos.

2- Fase de resucitación tardía: segundas 24 horas.

Requiere de la administración de la mitad de líquidos administrados en las 24 horas, se puede evaluar la necesidad de uso de coloides para tal caso existe una fórmula.

Coloides: $0.3\text{-}0.5 \text{ mL} \times \text{peso (kg)} \times \text{porcentaje de la quemadura}$

3- Post-resucitación: día 3 a 6.

Se administra los líquidos más las perdidas por evaporación. La solución de elección es dextrosa al 5%. Curaciones correspondientes y necesarias.

Tratamiento

El tratamiento de base, una vez ingresado el paciente a la unidad de cuidados críticos, es de vital importancia la evaluación electrolítica para su reposición; manejo de las lesiones; administración de analgesia; profilaxis con vacuna antitetánica; asistencia en aporte nutricional, kinesioterapia respiratoria.

La curación de las quemaduras pasa a segundo plano siempre y cuando no sean químicas, en las cuales la acción debe ser inmediata.

La acción tópica de agente antimicrobiano permite el descenso de infecciones, los cuales pueden derivar en distintas complicaciones ellos serán mencionados a posteriori. El especialista, indicara la mejor elección en agentes antimicrobiano evaluando las ventajas y efectos adversos que podría llegar a tener.

En 1970, Jancekovic difundió la escarectomía precoz, entendiendo por precoz dentro de la primera semana. La eliminación precoz de la escara reduce las complicaciones locales y sistémicas, habiendo demostrado ampliamente su utilidad. Existen 2 tipos de escarectomía quirúrgica, la tangencial, asociada a un mayor sangrado y la escarectomía supra aponeurótica o total, en la que la hemostasia puede controlarse mejor, pero deja un defecto mayor.⁶

Una vez retirado la escara, evaluando para ello las diferentes alternativas, mencionado algunos de ellos, autoinjerto de piel del propio paciente, piel artificial; evaluando la zona donadora del mismo, valorando la extensión y la profundidad del sitio receptor.

Debridacion enzimática

Escarotomia

Incisión quirúrgica que se realiza sobre un tejido necrótico producto de una quemadura grave. El objetivo es evitar que el edema que se forma por la quemadura incremente excesivamente la presión intersticial, lo que podría

⁶<http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v17n1/art10.pdf>

producir una isquemia. Es una técnica en el cual consiste en retirar el tejido desvitalizado.

La observación y valoración es muy importante, sobre todo evaluando la correcta irrigación sanguínea en las periferias, signos del correcto funcionamiento circulatorio, evaluando si hay frialdad en algún miembro a comparación de otro, entre otros.

Tipos de Alteraciones

Alteraciones sistémicas

Debido al aumento de la permeabilidad del intersticio, hay un pasaje repentino al mismo, provocando disminución del flujo sanguíneo causando así edemas e hipovolemia.

Infección

Debido a la pérdida de la barrera de protección, el individuo queda expuesto a diferentes agentes de infección. Los signos y síntomas más notorios son dolor enrojecimiento e inflamación.

Síndrome compartimental

Es una afección seria que implica aumento de la presión en un compartimento muscular. Puede llevar a daño en nervios y músculos, al igual que problemas con el flujo sanguíneo.⁷

Alteración cardiovascular

El pasaje del líquido al tercer espacio tiene como consecuencia la disminución del retorno venoso. La respuesta es un gasto cardiaco disminuido y una resistencia vascular periférica aumentada. A medida que el tiempo avanza la

⁷<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001224.htm>

respuesta es de forma inversa, siendo el gasto cardiaco aumentado y la resistencia disminuida.

Debido a la gran pérdida de líquido por evaporación, el aumento debido a ello produce shock hipovolémico.

Alteraciones hematológicas

Debido a la pérdida del volumen, el hematocrito puede estar en ascenso, puede llegar trombocitopenia, el cual no requiere tratamiento debido a su común surgimiento ante quemaduras. Como contra partida, las personas que sufren una quemadura extensa corren el riesgo sufrir trombosis venosa profunda.

Alteraciones renales

Debido a la pérdida de volumen, se produce una disminución en la tasa del filtrado glomerular, se realiza una valoración minuciosa de la diuresis del paciente quemado.

Alteraciones pulmonares⁸

Los pacientes pueden presentar edemas de las vías respiratorias, edema pulmonar y disminución del surfactante pulmonar.

La intoxicación con monóxido de Carbono se manifiesta con hipoxemia y ansiedad.

Las lesiones por inhalación pueden producir, atelectasia.

⁸<https://www.redalyc.org/html/3438/343835697007/>

Alteración hidroelectrolítica

Debido al pasaje al espacio extracelular, lisis celular, pérdida por heces y vomito; pueden tener consecuencias tempranas son hiperkalemia e hipernatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipofosfatemia.

Alteraciones gastrointestinales

Las alteraciones gastrointestinales tienen una relación con el porcentaje total quemado, la alimentación temprana es un factor muy importante para la recuperación temprana del paciente.

Alteraciones metabólicas endocrinas

La respuesta al estrés de los pacientes quemados es, hipercatabólica, dando como resultado una respuesta inflamatoria exagerada. El consumo de oxígeno se ve aumentado en respuesta a la pérdida de calor por evaporación.

Los pacientes presentan una importante pérdida de peso debido al catabolismo proteico y de grasa corporal.

Alteración de la termorregulación

Se produce una hipotermia por pérdida excesiva de calor por exposición ambiental.⁹

Se produce en un mayor porcentaje una hipotermia severa, en los tipos de quemaduras tipo AB Y B, todo ello depende de la profundidad y localización de quemadura.

⁹ E. Lizarralde Palacios, A. Gutiérrez Macías, M. Martínez Ortiz de Zárate. Alteraciones de la termorregulación. Servicio de urgencias y medicina interna. Hospital de basurto. Bilbao.2000; 12:192-207. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/alteraciones_termoregulacion.pdf

Cuidados De enfermería En Pacientes Quemados¹⁰

-Se desviste al paciente para observar las posibles lesiones que haya sufrido, retirando pulseras, anillos, cinturones, etc.

-Se procede a cortar la ropa evitando tirar de ellas para no producir más dolor, sangrado, lesiones innecesarias. La ropa que se encuentre bien sujeta a la piel se separa con abundante agua hasta que se desprende sola.

- Después de que el paciente quede totalmente desvestido, se lo coloca en sábanas limpias y estériles para una completa visualización y valoración del mismo.

-Se observan las extremidades quemadas buscando signos de mal funcionamiento circulatorio

- Signos de mal funcionamiento circulatorio:

Palidez

Cianosis

Retraso de relleno capilar (superior a 3 segundos)

Signos neurológicos

Pulso débil o ausente

- Prevención antitetánica, administración de la vacuna toxoide tetánica y la gammaglobulina.

- Administración de analgesia. Los pacientes sufren dolor no solo con las quemaduras que tuvieron que padecer, sino también con las manipulaciones que se le realiza a nivel de las vías aéreas y la ansiedad que pueden llegar a padecer.

¹⁰http://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/17_Cuidados.pdf

-Mantener los miembros afectados elevados, con esto prevenimos los edemas y facilitamos su absorción, permitiendo la circulación sanguínea a las áreas comprometidas.

-Recoger una muestra del área comprometida, con esto podemos detectar si hay una resistencia bacteriana, ya que la quemadura se infecta con facilidad.

-Limpiar las áreas quemadas en ducha a modo de arrastre y solución jabonosa antiséptica (clorhexidina).

-Apertura y recorte de flictenas o ampollas y restos de piel que hubiere, eliminación de vello con tijeras para una mejor valoración del área afectada, no se recomienda el rasurado porque podría predisponer a una infección bacteriana. Luego se procederá a lavar la zona y se secará con gasa o compresas estériles.

-cubrir la zona lesionada con gasas estériles con agentes tópicos y farmacológicos elegidos. Y luego con venda.

Aspectos a tener en cuenta:

- La lesión se debe manipular con la máxima técnica de asepsia.
- No se recomienda la utilización de antisépticos colorantes que oculten el aspecto de la quemadura.
- Evaluar las características de la lesión para adaptarlas a una mejor medida terapéutica.
- Una vez curada la lesión se recomienda que se re hidrate con emulsiones, cremas, que eviten la sequedad de la piel.
- Se recomienda que se debe proteger las áreas lesionadas del sol durante al menos dos años.
- Se recomienda siempre que no esté contraindicado la ingesta de alimentos con elevado valor proteico, ya que estos favorecen la regeneración de la zona lesionada.

¿Cómo podemos prevenir los accidentes en nuestro hogar?¹¹

- Instale detectores de humo en los corredores afuera de las habitaciones, la cocina, la sala y cerca del incinerador; al menos uno en cada piso de la casa. Pruébelos cada mes para asegurarse de que funcionan. Es mejor utilizar alarmas que tengan baterías de vida útil larga, pero si no están disponibles, cambie las baterías al menos cada año en una fecha específica que recordará (como el 1 de enero de cada año).
- Practique simulacros de incendio en casa. Asegúrese de que todos los miembros de la familia y otras personas que se encarguen de cuidar a sus hijos en su casa sepan cómo abandonar cualquier área de la misma de forma segura en el caso de un incendio.
- Tenga varios extintores de incendios que funcionen y que estén disponibles fácilmente. Coloque los extintores de incendios alrededor de la casa en donde haya mayor riesgo de incendio, como en la cocina, cuarto de horno y cerca de la chimenea.
- Enséñeles a sus hijos a gatear hacia las salidas si hay humo en la habitación. (Evitarán inhalar el humo manteniéndose abajo).
- Compre una escalera de seguridad si su casa tiene un segundo piso y enséñeles a sus hijos cómo usarla. Si vive en un edificio alto, enséñeles a sus hijos las ubicaciones de todas las salidas y asegúrese de que entiendan que nunca deben utilizar el elevador durante un incendio. (Se puede quedar atrapado entre los pisos o abrirse en un piso en donde esté el incendio).
- Acuerden un punto de reunión familiar afuera de la casa o apartamento de manera que puedan asegurarse de que todos hayan salido del área del incendio.

¹¹<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/in-depth/child-safety/art-20044027>

- Enséñeles a sus hijos a detenerse, tirarse al piso y rodar si su ropa se incendia.
- Evite fumar en el interior.
- No deje comida cocinándose sobre la estufa sin prestarle atención.
- Guarde bajo llave los líquidos inflamables en casa.
- Baje la temperatura de su calentador de agua: a menos de 120 grados para evitar quemaduras y escaldaduras por agua caliente.
- No enchufe electrodomésticos ni otro equipo eléctrico en cables de extensión.
- Mantenga los fósforos y encendedores alejados de los niños, bajo llave y en donde no los alcancen.
- Evite el uso de todos los fuegos artificiales, incluso los que están diseñados para el uso del consumidor.

¿Qué hacer ante una quemadura?

- La seguridad personal debe ser la prioridad a la hora de ofrecer primeros auxilios, por lo tanto, PROTEJASE.
- Mantengamos la calma, pidamos ayuda si no tenemos los conocimientos necesarios.
- Lave y enfrié la zona quemada con agua a temperatura ambiente, durante cuatro o cinco minutos, el agua ayuda a detener la acción de calor.
- Las quemaduras ocasionadas por sustancias químicas, haga un lavado de arrastre (CON DUCHA) durante 30 minutos.
- No utilice remedios caseros (aceite, pasta de dientes, tomate, café y entre otros).
- No reventar las ampollas.

¿Cómo se cuida la piel una vez curada la quemadura?

- Utilice jabón neutro e hidrate la piel.
- Aplique filtro solar de máximo protección.
- No tome el sol, al menos durante un año después de la quemadura.

Sulfadiazina: Es el antibiótico tópico de primera elección.

- Es activa frente a *Pseudomonas* spp. y *Staphylococcus aureus* (patógenos más frecuentes en las sobreinfecciones de las quemaduras).
- Es efectiva contra bacilos Gram positivos (BGP) y bacilos gramnegativos (BGN), levaduras y determinados hongos.
- Es liposoluble, lo que implica una aplicación y retirada fáciles.
- Está contraindicada en mujeres embarazadas, bebés prematuros o recién nacidos de más de 2 meses y en personas que presentan hipersensibilidad a las sulfamidas.
- No se aplicará en zonas expuestas a la luz solar (puede provocar coloración gris de la piel).

Nitrofurazona: Antibacteriano de amplio espectro, inhibe los enzimas bacterianos implicados en el metabolismo de los carbohidratos.¹²

- Sólo es efectiva frente a BGP.
- Es hidrosoluble (gasas adheridas y provoca sangrado frecuente, con retraso de la curación).
- Aplicación desagradable (puede provocar sensación de ardor al paciente).
- No aparece en las guías internacionales de tratamiento, aunque en nuestro medio es muy utilizada.
- No se puede aplicar en niños ni durante el embarazo y la lactancia.

¹²https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-nitrofurazona+crema+0.2%25-peru-d08af01-pe_1

Manejo Multidisciplinario Del Paciente Quemado

El paciente que sufre algún tipo de quemadura, es manejado por un equipo multidisciplinario, que evalúan de forma constante el estado del paciente.

Cirujano

El papel del mismo es fundamental, ya que direccionara la evolución del paciente, planteando el mejor tratamiento para el mismo. La capacidad de tomar decisiones basadas en el perfil clínico del paciente y de la quemadura es lo que los diferencia y lo que finalmente define el pronóstico del paciente.¹³

Anestesiólogos

La función es de vital importancia, permite controlar la situación en pacientes que no están estables, ya que algunos requieren de ARM (asistencia respiratoria mecánica), en varios casos los pacientes no toleran tener el tubo endotraqueal, se le explica sobre todo al familiar la necesidad y la acción del mismo. Cuando están en cirugía el anestesiólogo, es el que se encarga de administrar y prever los efectos de los sedantes a administrar.

Enfermería

Es el *centinela*, papel de gran importancia, con atención las 24 horas del día, muchas veces la primera en observar detalles mínimos de forma minuciosa. La observación es su acción de mayor importancia, ya que es quien más relación cara a cara tiene con el paciente. Encargada de aplicar todo aquello para lo cual fue preparado, dando una respuesta científica a las alteraciones que podrían llegar a presentarse. Su rol también, es el de “traducir” la información otorgada por los médicos especialistas a los familiares, quienes con angustia esperan la noticia.

¹³<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000079?via%3Dihub>

Nutricionistas

Es sabido que el estado nutricional de cada individuo influye en su salud. Las personas que han sufrido algún tipo de quemaduras, pasan por una degradación de diferentes tipos de nutrientes y proteínas. Los nutricionistas preverán la mejor forma de administración de alimentos evaluando la cantidad y calidad del mismo. Siempre priorizando que sea enteral en los mejores casos.

Como se menciona en la revista *SCIELO*, "el uso de la nutrición parenteral total debe restringirse a aquellos pacientes que no puedan recibir los requerimientos energéticos por vía gastrointestinal y siempre teniendo presente las complicaciones relacionadas con esta vía de nutrición".¹⁴

Salud mental

Es de esperar la reacción negativa que se puede llegar a tener al verse en esta situación, juega en ello lo emocional, abarcando todo aquello de la sociedad de estos tiempos. Las personas podrían llegar a caer en depresión, el cual podrían tener como consecuencia varios eventos de intento de suicidio. El profesional de salud mental, evaluará el entorno de los pacientes, dejando ver la importancia que tiene la red familiar, social, laboral, tienen una influencia preponderante en la recuperación del paciente quemado.

La Historia

Miles de años antes de nuestra era los apósitos de vegetal o animal o los ritos mágicos constituían el tratamiento de la antigüedad. Durante este período se limitaban a la aplicación de tópicos de diferentes tipos, extracción de cuerpos extraños, protección de las heridas con materiales limpios e invocaciones a la luna o el sol.¹⁵

¹⁴Grau Carmona T., Rincón Ferrari M.^a D., García Labajo D. Nutrición artificial en el paciente quemado. Nutr. Hosp. [Internet]. 2005 Jun [citado 2019 Jun 12]; 20(Suppl 2): 44-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000500013&lng=es.

¹⁵ https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=sDIl6q_s2MC&oi=fnd&pg=PA1&dq=clasificacion+de+quemaduras&ots=dX6Jkclbao&sig=nfWNaTYeXB3Rb_Ud2bfasVhXko#v=onepage&q=clasificacion%20de%20quemaduras&f=false

Las sustancias que utilizaban eran de uso común como la leche materna, leche de cabra, miel de abeja, apósitos de papiro, caucho y grasas animales.

En Egipto el médico utilizó miel de abejas sobre las heridas hace unos 5000 años, así como las culturas indoeuropeas, las griegas y orientales utilizaron estos tipos de sustancias, para la protección de herida y su conservación de asepsia.

Hipócrates en el año 430 antes de cristo propuso:

- Lavar la herida para mantenerlas limpias utilizando agua hirviendo o vino.
- Evitar la presencia de pus en la herida, porque observó que si la herida drenaba pus esto producía retrasó en la cicatrización.
- La conservación de la herida en seco, la presencia de secreciones en la herida produciría infecciones.
- Utilización de grasa envejecida de cerdo, resina de pino, grasa de extracto de hulla.

Aristóteles descubrió que las heridas causadas por metales fundidos cicatrizaban más rápido que el debido a otras causas.

Rhazes y Avicena, médicos árabes en el siglo IX, X recomendaron la utilización de sustancias refrigerantes por sus propiedades analgésicas.

El médico suizo Fabricius Hildamus describió por primera vez los tres grados de profundidad de las quemaduras.

En 1799 se empleó la utilización de hielo triturado para colocarlo en la zona de afectada como un analgésico, reduciendo así el edema local que se produciría en dicha zona.

En 1833 Guilleune Dupuytren clasificó las lesiones de las quemaduras en seis grados y profundidad.

George Bellingal en 1923 respecto a la muerte temprana que sufría la persona en las primeras 72 horas no se sabía la causa por la que las personas quemadas

sucumbían tan rápido, luego se sabía que esto lo produciría un shock hipovolémico. Luego menciona que si la persona padecería en las primeras 10 o 12 horas después del hecho sería a causa de carácter febril. Actualmente se puede decir que se producirá por una sepsis y fallo multiorgánico. Por último, menciona la muerte tardía que tendría lugar en la 3ª y 6ª semana después del episodio, donde afirmaba (...los enfermos padecen un estado de debilidad, agotados por la pérdida de materia y por una extensa superficie supurada...), esto se conocería hoy en día como respuesta hipermetabólica al trauma, catabolismo, desnutrición y sepsis.

A finales del siglo XIX Tommasoli utiliza soluciones salinas al 9% en personas que sufrieron quemaduras severas, como reposición de líquidos, en 1905 se publica un artículo en Journal of the American Medical Association describiendo la importancia de la utilización de sustancias salinas, desbridamiento e injertos en una etapa temprana al hecho.

En 1921 Underhill y colaboradores describieron que el shock que padecían las personas con quemaduras graves, era debido a la pérdida de agua que se produciría por el paso de los electrolitos y el plasma al espacio intersticial, esta teoría chocaba con la teoría que hasta ese entonces se creía que era la causante de la pérdida de líquido, la intoxicación de sustancias tóxicas. Este estudio determinó el manejo de la fase actual para la reposición de líquidos y electrolitos.

Durante el siglo XIX se utilizaban diferentes sustancias para el tratamiento de quemaduras como algodón seco, lana, ácido prúrico, acetato de aluminio y ácido tánico como un coagulante de heridas, más tarde se usaría para el uso de pérdidas de líquidos y como un analgésico aliviando el dolor local.

A principios del siglo XX se utilizaban vendajes empapados de bicarbonato de sodio, salino normal o zinc para el tratamiento local de la herida, en un período de cinco días permitiendo el sobre crecimiento bacteriano. En 1934 se empieza a utilizar el nitrato de plata convirtiéndose hasta el día de hoy como un agente terapéutico en el cuidado de heridas producidas por quemaduras.

El cirujano sueco Reverdin fue el primero en, llevar a cabo el primer injerto epitelial en 1869, que en ese entonces se realizaban los trasplantes de piel con un bisturí.

En 1939 desarrolló el dermatomo para cortar las capas más finas de la piel, encaminando así la utilización temprana de injertos de piel, reduciendo la mortalidad en personas quemadas.

Para la prevención de quemaduras en un futuro pasa por:

- Minimizar los índices de morbi- mortalidad mediante prevenciones.
- Mejorar el sistema de auxilio y transporte de víctimas.
- La preparación de más unidades, adultos y pediátricos especializados en quemados.
- Creación de bancos de piel humana.
- Dependerá de los avances obtenidos mediante medicamentos para la respuesta inflamatoria del sistema, desarrollo de sustitutos de piel que permitan un cierre definitivo tales como piel artificial o clonada, combatiendo así la reducción de infecciones que son la causa principal de muerte en pacientes quemados.

APARTADO III

Hospital Luis Lagomaggiore

Servicio Terapia Intensiva B/Quemados

Recepción Del Paciente¹⁶

En este apartado se detallará la atención de enfermería a todos los pacientes críticos como (adolescentes mayor de 16 años, adulto joven, adulto mayor y tercera edad), y la asistencia en procedimientos invasivos que se realiza a los pacientes que ingresan por diferentes tipos de quemaduras e incluso luego de cirugía.

Muchas veces los ingresos de los pacientes, son por quemaduras térmicas refiriéndose a **llamas**, las causas de las mismas son domésticas algunas que se pueden mencionar son las siguientes: debidas en varias oportunidades en su mayoría a violencia de género, en época invernal por distintos tipos de calefacción, entre otros. La mayor demanda de ingreso es en época invernal.

Independientemente del tipo de quemadura se prepara la unidad con todos los insumos necesarios a utilizar. Ello nos permite organizar los tiempos y coordinar el trabajo durante el ingreso de los pacientes.

Por protocolo obligatorio del servicio, se administra la vacuna antitetánica (im). Se realiza el balance hidroelectrolítico de 24 horas estricta. Toma de muestra (gasometría y laboratorio completo), RX, ECG y hemocultivo (x2).

Recepción del paciente según tipo de quemaduras:

A) pacientes con quemaduras tipo A y AB en un 15%-20%aproximadamente: previo al ingreso del paciente, el médico de guardia (quemados) evalúa al *paciente* en la guardia general y luego de ser necesario lo ingresa ya sea a la terapia intensiva B de quemados o a la sala de quemados o le realiza una curación en la guardia general y lo envía a su domicilio.

Si el paciente es derivado a terapia, el médico de quemados informa al servicio (médico terapeuta y enfermería) de su ingreso, tipo de quemaduras y porcentaje. El personal de enfermería prepara la unidad, verifica el funcionamiento correcto del monitor (FC curva de EC, FR, PANI, PAI, T°, sat. O2) y respirador (preparado

¹⁶ Hospital Luis Lagomaggiore de la provincia de Mendoza, República Argentina.

por el kinesiólogo y en ausencia de este por enfermería), sistema de aspiración (tubuladuras, frascos aspirativos).

Armado de caja para procedimientos invasivos: ARM (TET, mandril, laringoscopio, mordillo), vvc doble lumen, vía arterial diferentes calibres ya sea para arteria radial o femoral, vía arterial flowtrac común o para EV1000 (monitor cardiaco de alta tecnología), presuometro (lavado arterial), catéter venoso periférico (en el caso que el médico terapeuta decida no colocar vvc), sonda esofágica, SNG, sonda vesical.

Una vez ingresado el paciente al servicio es colocado en pileton (baño terapia), por lo general se corta la ropa para evitar lesiones ante la extracción de esta, se verifica la permeabilidad de la vía periférica. Durante estos procedimientos es evaluado por el médico terapeuta (evalúa el estado hemodinámico, vías respiratoria y estado de conciencia, y necesidad de analgesia y tipo del mismo). Finalizado el procedimiento de baño terapia el médico de plástica indica tipo de curación y medicación a utilizar (platsul, hipoclorito de sodio, nitrofurazona, clevosan, vaselina).

b) Pacientes con quemaduras tipo A/B Y B en un porcentaje mayor al 30%:

El personal de enfermería prepara la unidad: verifica el funcionamiento correcto del monitor (FC curva de ECG, FR, PNI, PI, T^a.sat.O₂), respirador (preparado x el kinesiólogo y en ausencia de este por enfermería) y del sistema de aspiración (tubuladuras, frascos espirativos).

Armado de caja para procedimientos invasivos: insumos para intubación endotraqueal, set de vvc doble lumen, vía arterial diferentes calibres ya sea para arteria radial o femoral (lavado arterial, presuometro), vía arterial flowtrac común o para EV1000 (monitor cardiaco la alta tecnología anexo IV), catéter venoso periférica (en el caso que el médico terapeuta decidida no colocar vvc), base primea (anexo V), sonda esofágica, SNG, sonda vesical.

Pacientes con quemaduras tipo A/B Y B en un porcentaje mayor al 30%: este tipo de pacientes son evaluados por el médico de plástica en la guardia o directamente son ingresados a la terapia, por lo general son intubados en la guardia o en el servicio. Se realiza una vía periférica para poder administrar la

medicación indicada por el médico terapeuta, el médico de guardia realiza procedimientos invasivos como vvc, vía arterial, intubación endotraqueal.

Ya que el paciente ingresa hemodinamicamente descompensado no se realiza baño terapia y se procede a la curación de las heridas según indicación médica con procedimientos estériles.

Si el médico de terapia indica: se coloca SNG (para alimentación o caída libre), sensor esofágico, sonda vesical, se realiza toma de muestras (hemocultivo, retrocultivo, aspirado arterial, venoso, analítica), se realiza RX (para corroborar TET, vvc, y sondas), se colocan goteos correspondientes (noradrenalina, atracurio, remifentanilo, pancuronio, Propofol, analgesias).

Asistencia En Procedimientos Invasivos

1. Asistencia Respiratoria Mecánica.

Materiales:

Tubo endotraqueal (variabilidad en tamaños)

Laringoscopio.

Fijador de tubo endotraqueal (mordillo).

Mandril.

Sedantes.

Farmacología:

Propofol: es un sedante de acción rápida y corta duración. Se debe tener una vía de acceso venoso, debe ser infundido por bombas de infusión valga la redundancia. Tener en cuenta y monitoreo continuo de la presión arterial, ya que este puede verse afectado, tener preparado inotrópicos (noradrenalina).¹⁷

¹⁷<https://www.vademecum.es/principios-activos-propofol-n01ax10>

Procedimiento:

Si bien este procedimiento es realizado por los profesionales médicos es asistido por el equipo de enfermería.

Se lleva a cabo, cuando un paciente está en un estado crítico y no tiene despejada sus vías aéreas (quemaduras más del 30 % de extensión), mala mecánica respiratoria, necesario muchas veces en cirugías con sedación general.

Al iniciar este procedimiento, es necesaria la sedación según indicación del médico de guardia.

El equipo de enfermería debe trabajar en forma coordinada, cada uno cumplirá un rol determinado en cada situación. Ej., uno se encarga de conectar al monitor multiparamétrico, otro de la asistencia al médico en distintos procedimientos, otro profesional se encarga de las infusiones a administrar.

En este caso en particular, un enfermero se encarga de la comprobación del funcionamiento del tubo (insuflación del balón de seguridad), otro se encarga de administrar los sedantes a utilizar según criterio médico.

2. Colocación de vía venosa central y arterial

Materiales:

Set vía venosa central de doble lumen.

Compresas estériles.

Blusón estéril.

Jeringas (2).

Agujas (iv-im).

Gasas.

Antiséptico.

Guantes estériles.

Barbijo.

Cofia.

Hilo de sutura.

Descartador punzocortante.

Catéter arterial (18 -20)

Lavado arterial (solución fisiológica), flowtrac y EV1000

Solución fisiológica o Ringer lactato.

Analgésico.

Farmacología:

Lidocaína: Anestésico local; bloquea la propagación del impulso nervioso impidiendo la entrada de iones Na^+ a través de la membrana nerviosa.¹⁸

Procedimiento:

Una vía central es necesaria cuando, un paciente ingresa hemodinamicamente inestable, este procedimiento es realizado por el médico de guardia y asistido por el personal de enfermería.

El enfermero (cofia, guantes común y barbijo) realiza el campo sucio, el médico se coloca barbijo y cofia posterior se realiza el lavado de manos quirúrgico (secado con apósito estéril); se coloca el blusón estéril, guantes estériles, inicia el procedimiento de colocación de vía venosa central en el cual el médico es asistido en todo momento por el personal de enfermería.

La necesidad de una vía arterial invasiva es necesaria, para estar al tanto continuamente de los valores. Este procedimiento es llevado a cabo por el médico una vez finalizado con la colocación de la vía venosa central.

¹⁸-<https://www.vademecum.es/principios-activos-lidocaina+anestesico+local-n01bb02>

Seguimiento del paciente con quemadura AB/ B:

Una vez estabilizado el paciente, se realizan las curaciones correspondientes cada 12 horas y cambio de cama completo los primeros siete días; el médico determina la necesidad de injertos. En el caso de que sea necesario el ingreso a quirófano se le realiza preparación correspondiente.

Preparación pre quirúrgica en pacientes quemados:

Baño con clorhexidina la noche previa a la intervención en pileton si el paciente puede movilizarse y en cama en el caso de pacientes con ARM.

Se suspende la alimentación por sonda nasogástrica a las 00 horas y a las 20 horas si el paciente ingiere alimentos vía oral.

Se descubre las quemaduras y se realiza la curación SOLO con agua destilada y se lo cubre con compresas estériles sobre las heridas. Se realiza cambio de ropa de cama completo.

Suelen pasar a quirófano de 8 a 10 de la mañana. La duración de la cirugía depende de la profundidad y extensión de las quemaduras (1 -2 hs).

Recepción del paciente postquirúrgico:

Se realiza la preparación de la unidad del paciente (cama, monitores, etc.).

El paciente ingresa con el médico, camillero, kinesiólogo y anestesiólogo.

Una vez que ingresa el paciente, el médico/kinesiólogo es el encargado de conectarlo a ARM. Se lo conecta a monitor multiparamétrico. El anestesista se encarga de la administración de la analgesia en caso de que lo requiera el paciente, la bomba infusoria del mismo es manejada SOLO por el anestesista.

El médico realiza la indicación de medicación y la infusión de analgesias correspondientes.

La medicación de base más utilizada es: antiemético (cada 8 horas), protector gástrico (cada 8 horas), antibióticos (cada 6 horas).

Por infusión continúa por acceso venoso central: sedoalgesicos, vasopresores, hidratación (Ringer lactato).

El cuyo caso que algún paciente requiera remifentanilo, puede ir infundido en base primea (anexo V) por acceso venoso periférico.

Cuidados de enfermería en pacientes postquirúrgicos:

- Preparar la unidad para la recepción del paciente que viene del quirófano.
- Conectar al paciente a monitor multiparametrico
- Conectar a oxígeno terapia o ARM
- Cuidados de la vía aérea permeable
- Observar permanentemente la saturación de oxígeno
- Expandir con líquido (Ringer lactato y entre otros)
- Se colocan vías periféricas
- Colocar goteos de analgesias correspondientes
- Calmar la ansiedad
- Colocar manta térmica
- Monitoreo permanente
- Observar el grado de sangrado y exudado
- Rotación en bloque
- Si tiene injertos se descubre a los cuatro días para que no se desprenda.
- Rociar con Nitrofurazona permanente
- curación de los tomas con papel celofán
- se infecta las tomas se curan con hipoclorito
- Posición a 45°
- Observar el grado de dolor
- Balance hidroelectrolítico estricto las 24 hs
- Rx. de control, Serología completa
- Sale analítica completa
- Observar el grado de RASS¹⁹

¹⁹<https://www.sati.org.ar/documents/Enfermeria/farmacos/Sedacion%20y%20analgesia%20C.ECSATI.pdf>

Farmacología

Los fármacos mencionados en el siguiente cuadro, son los más utilizados en la Terapia Intensiva B/Quemados Del Hospital Luis Lagomaggiore.

Fármaco	Acción	Vía de administración	Efectos adversos
FENTANILO ²⁰	El fentanilo se utiliza para ayudar a la inducción y mantenimiento de anestesia general y para complementar la analgesia regional y medular.	E.V.	El fentanilo produce analgesia, euforia, sedación, náuseas y vómitos, sensación de calor en el cuerpo y retención de orina. El fentanilo produce depresión ventilatoria principalmente por un efecto directo depresor sobre el centro de ventilación en el sistema nervioso central.
MORFINA ²¹	La morfina es el fármaco de elección para el tratamiento del dolor asociado al infarto de miocardio y al cáncer.	E.V	Confusión, insomnio, alteraciones del pensamiento, cefalea, contracciones musculares involuntarias, somnolencia, mareos, bronco espasmo,

²⁰<https://www.vademecum.es/principios-activos-fentanilo,+analgesico-n02ab03>

²¹<https://www.vademecum.es/principios-activos-morfina-n02aa01>

			disminución de la tos, dolor abdominal.
REMIFENTANIL O ²²	Analgesico durante la inducción y/o mantenimiento de la anestesia general. Analgesia en pacientes de cuidados intensivos con ventilación mecánica.	E.V.	Hipersensibilidad a análogos del fentanilo. Utilización como único medicamento para la inducción en anestesia.
PROPOFOL ²³	Anestésico de acción corta con rápido comienzo de acción (30 seg).	E.V	Relajante neuromuscular: relajan los músculos esqueléticos durante la cirugía; durante la ventilación controlada, y para facilitar la ventilación mecánica de pacientes en UCI.
ATRACURIUM ²⁴	Relajante neuromuscular: relajan los músculos esqueléticos durante la cirugía; durante la ventilación controlada, y para facilitar la	E.V	Relajante neuromuscular: relajan los músculos esqueléticos durante la cirugía; durante la ventilación controlada, y para facilitar la ventilación

²²<https://www.vademecum.es/principios-activos-remifentanilo-n01ah06>

²³<https://www.vademecum.es/principios-activos-propofol-n01ax10>

²⁴<https://www.vademecum.es/principios-activos-atracurio-m03ac04>

	ventilación mecánica de pacientes en UCI.		mecánica de pacientes en UCI.
PANCURONIO ²⁵	Rápida instauración de acción y duración comparable a tubo curarina. No causa despolarización de la placa terminal, liberación de histamina ni bloqueo ganglionar	E.V	Aumento de frecuencia del pulso y del gasto cardiaco, ligera o moderada elevación de presión arterial, disminución de PIO, miosis.
LORAZEPAM ²⁶	Ansiolítico que actúa incrementando la actividad del ácido gamma-amino butírico (GABA), un neurotransmisor inhibidor que se encuentra en el cerebro, al facilitar su unión con el receptor GABAérgico. Posee actividad hipnótica, anticonvulsivante, sedante, relajante muscular y amnésica.	E.V	Sedación, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, fatiga, cefalea, somnolencia, sensación de ahogo, ataxia, diplopía, confusión, depresión, desenmascaramiento de depresión, mareos, astenia, debilidad muscular, reacciones

²⁵<https://www.vademecum.es/principios-activos-pancuronio-m03ac01>

²⁶<https://www.vademecum.es/principios-activos-lorazepam-n05ba06>

			psiquiátricas y paradójicas.
HALOPERIDOL	Es un potente antagonista de los receptores dopaminérgicos cerebrales, y, por consiguiente, está clasificado entre los neurolépticos de gran potencia. Haloperidol no posee actividad antihistamínica ni anticolinérgica.	E.V	Haloperidol actúa sobre el sistema nervioso central y puede producir: somnolencia, mareos, alteraciones visuales y disminución de la capacidad de reacción.
PARACETAMOL ²⁷	Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.	E.V	Malestar, nivel aumentado de transaminasas, hipotensión, hepatotoxicidad, erupción cutánea, alteraciones hematológicas, hipoglucemia, piuria estéril.

²⁷<https://www.vademecum.es/principios-activos-paracetamol-n02be01>

CAPITULO II

Diseño Metodológico

Tipo se estudio

Según el análisis y el alcance de los resultados: cuantitativo descriptivo.

Según el tiempo: retrospectivo.

Según el periodo y la secuencia del estudio: longitudinal.

Área de estudio

El área de estudio en el cual se realizará la investigación es el Hospital Luis Lagomaggiore de la provincia de Mendoza, Argentina; el nosocomio es el referente en atención de quemados del suroeste argentino.

Población y muestra

Población

La población del estudio corresponde a personal de enfermería del Hospital Luis Lagomaggiore de la provincia de Mendoza, Argentina.

Muestra

El tipo de muestra es probabilístico, aleatorio simple.

Se hará la selección de 4 (cuatro) servicios del hospital para realizar el estudio.

Los servicios son los siguientes:

Guardia

UCO (unidad coronaria)

Clínica médica

Maternidad

En el cual de cada servicio independientemente de la cantidad con la que cuente se tomara a 10 personas para la encuesta.

Criterio de exclusión

Quedan excluidos del estudio personal médico, administrativo, técnicos, camilleros, entre otros.

Método e instrumento de recolección de datos

Observación

Nos permite, observar la realidad de la situación además de ser el instrumento de todo y distintos tipos de investigación, con un costo beneficio soportable.

Encuesta

Se obtendrá información mediante un cuestionario, el cual será detallado a posteriori.

- Cuestionario (anexo VI).

El cuestionario será de carácter anónimo, el cual contará con 20 preguntas cada uno. Con preguntas personales, profesionales y laborales las cuales en su mayoría cuentan con opciones de respuestas estipuladas con el fin de poder obtener datos suficientes y necesarios para esta investigación.

El cuerpo del cuestionario esta formulado de la siguiente manera:

El encabezado cuenta con el logo de la universidad y facultad emisora del mismo. La presentación y el fin del mismo.

Las preguntas están detalladas de la siguiente manera:

De la 1 a la 3 es de carácter personal.

De la 4 a la 12 de carácter académico y laboral.

De la 13 a la 20, se detallará casos simulados y de conocimientos previos independientemente de que el personal encuestado haya trabajado en algún momento de su vida en terapia de quemado y/o unidades críticas.

Los resultados obtenidos, se encuentran en la **Tabla matriz** (anexo VII).

Operacionalizacion De Las Variable

Dimensión	Variable	Tipo de variable	Técnica e instrumento	indicadores				Nº de Preg.
socio demográficas	sexo	Cualitativa nominal	cuestionario	F			M	2
	edad	Cuantitativa discreta	Ídem del anterior	A 20-30 AÑOS	B 31-40 AÑOS	C 41-50 AÑOS	D 51 Y MÁS	1
	Cantidad de hijos	Cuantitativa discreta	Ídem del anterior.	A NIGUNO	B 1-3	C 4-6	D 7 Y MAS	3
Ámbito laboral	Nivel académico	Cualitativa nominal.	Ídem del anterior.	A AUXILIAR	B ENF.PRO F.	C LIC.ENF.		4
	Experiencia	Cuantitativa discreta.	Ídem del anterior.	A <12 M	B 1-5 AÑOS	C 6-10 AÑOS	D 11 Y MÁS	5

	Servicio	Cualitativa nominal	Ídem del anterior.	A UCO	B MATE RNIDA D	C CLINC A MEDIC A	D GUARDIA	7
	Según el área	Cualitativa nominal.	Ídem del anterior.	AREA ABIERTA	AREA CERRADA	MIXTA		8
	Frecuencia en asistencia a capacitaciones	Cualitativa nominal dicotómicas	Ídem del anterior.	SIEMPRE	POCO	NUNCA		11
	Factores que intervienen en la en la falta de capacitación.	Cualitativa nominal no ordenas.	Ídem del anterior.	A DISTA NCIA	B HIJOS	C COBRE CARGA LABOR AL	D OTROS	12

Grado Conocimientos	Signos vitales	Cuantitativa continua	Ídem del anterior.	A T/A	B T°	C DOLOR	13
	Quemaduras de 3° grado.	Cualitativa nominal	Ídem del anterior.	A Epidermis	B Músculos, tendones y terminaciones nerviosas.	C Músculos y tendones.	14
	Curaciones	Variable cualitativa	Ídem del anterior.	A Curaciones con guantes estériles.		B Curaciones con guantes comunes.	15
	Balance hidroelectrolítico.	cuantitativa	Ídem del anterior.	A estricto		B A demanda	16
	Farmacología	Cualitativa	Ídem del anterior.	A Nada.	B Poco.	C Mucho.	17
	Caso simulado	cualitativa	Ídem del anterior.	A CSV.	B ARM.	C Infusión.	18

	PO inmediato.	Cualitativa	Ídem del anterior.	A Movilización.	B Sangrado.	C Monitoreo SV.	D Escala de dolor	19
	Cuidados tardíos.	cualitativa	Ídem del anterior.	A Heridas descubiertas.	B En las curaciones no se utilizan materiales estériles.	C Baño terapia, agua fría.	D Elementos de bioseguridad.	20

CAPITULO III

Resultados, Discusión Y Propuestas

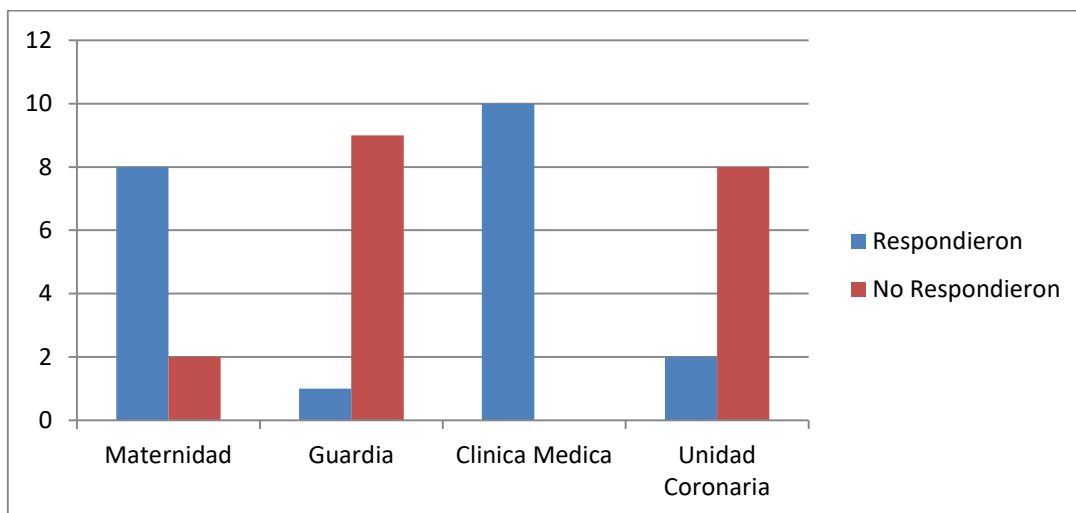
Tablas Y Gráficos

Tablas 1. Cantidad de Enfermeros encuestados.

Servicios	Respondieron	No Respondieron	Total de encuestas
Maternidad	8	2	10
Guardia	1	9	10
Clínica Medica	10	0	10
Unidad Coronaria	2	8	10
Total	21	19	40

Fuente: Hospital Luis Lagomaggiore.

Gráfico 1. Cantidad de Encuestados.



Comentario: 21/40 (52,5%) de los enfermeros del Hospital Lagomaggiore contestaron la encuesta.

Tabla 1.1.1. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Maternidad

encuestas	maternidad	porcentaje
respondidos	8	80%
no respondidos	2	20%
total	10	100%

Gráfico. 1.1.1. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Maternidad



Comentario: EL 80% (8 enf.) de los encuestados en el área de maternidad respondieron la encuesta y 20% (2 enf.) de los enfermeros que no contestaron.

Tabla 1.1.2. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. UCO.

encuestas	UCO	porcentaje
respondidos	2	20%
no respondidos	8	80%
total	10	100%

Grafico 1.1.2. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. UCO.



Comentario: En el área de UCO se realiza una encuesta a 10 enfermeros de los cuales solo respondieron 2 enf. (20%) y 8 enfermeros no respondieron (80%).

Tabla 1.1.3. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Clínica Médica.

encuesta	clínica medica	Porcentaje
respondidos	10	100%
no respondidos	0	0%
total	10	100%

Grafico 1.1.3Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Clínica médica.



Comentario: En clínica médica el total de respuesta fue de un 100% de las 10 encuesta que se dejaron.

Tabla 1.1.4. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Guardia.

encuestas	guardia	porcentaje
respondido	1	10%
no respondido	9	90%
total	10	100%

Grafico1.1.4. Cantidad de enfermeros encuestados por servicio. Guardia.

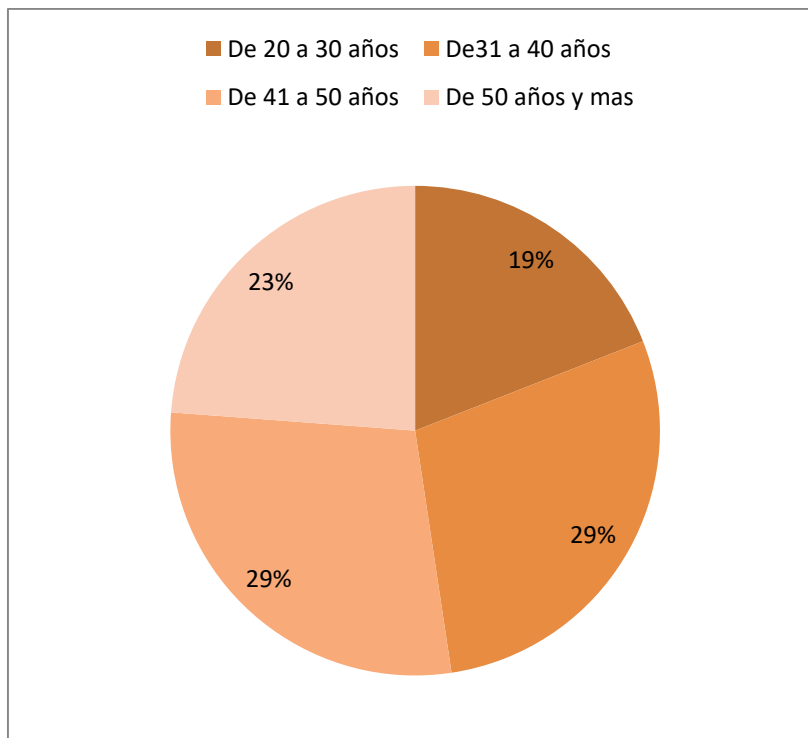


Comentario: En guardia, el 10% correspondiente a un enfermero contesto la encuesta, del 90% correspondiente a nueve enfermeros que no respondieron.

Tabla 2. Rango etario.

Edad	Cantidad	Porcentaje
De 20-30 años	4	19%
De 31-40 años	6	29%
De 41-50 años	6	29%
De 51 y mas	5	23%
total	21	100%

Grafico 2. Rango etario.

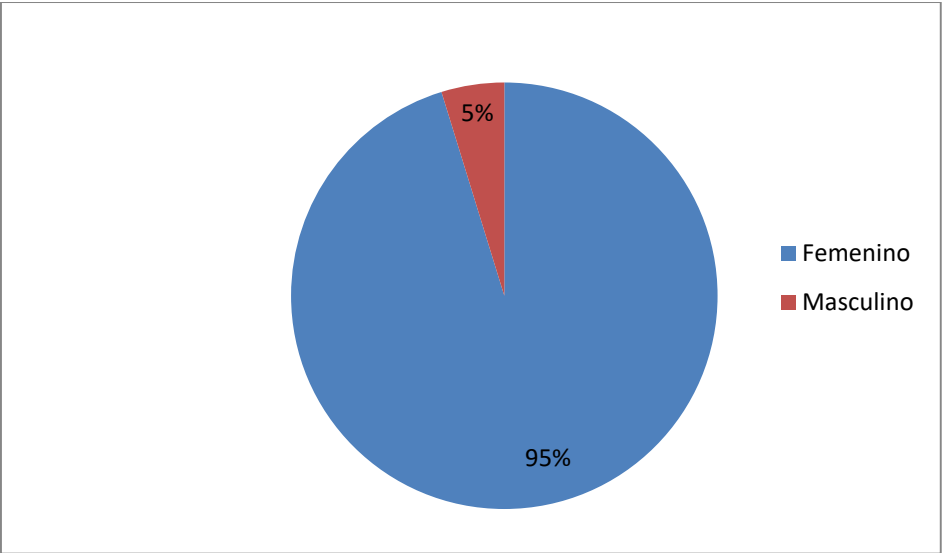


Comentario: el rango etario que predomina de 12 /21 enfermeros se encuentran entre los 31- 50 años.

Tabla 3. Sexo.

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Femenino	20	95%
Masculino	1	5%
Total	21	100%

Grafico 3. Sexo.

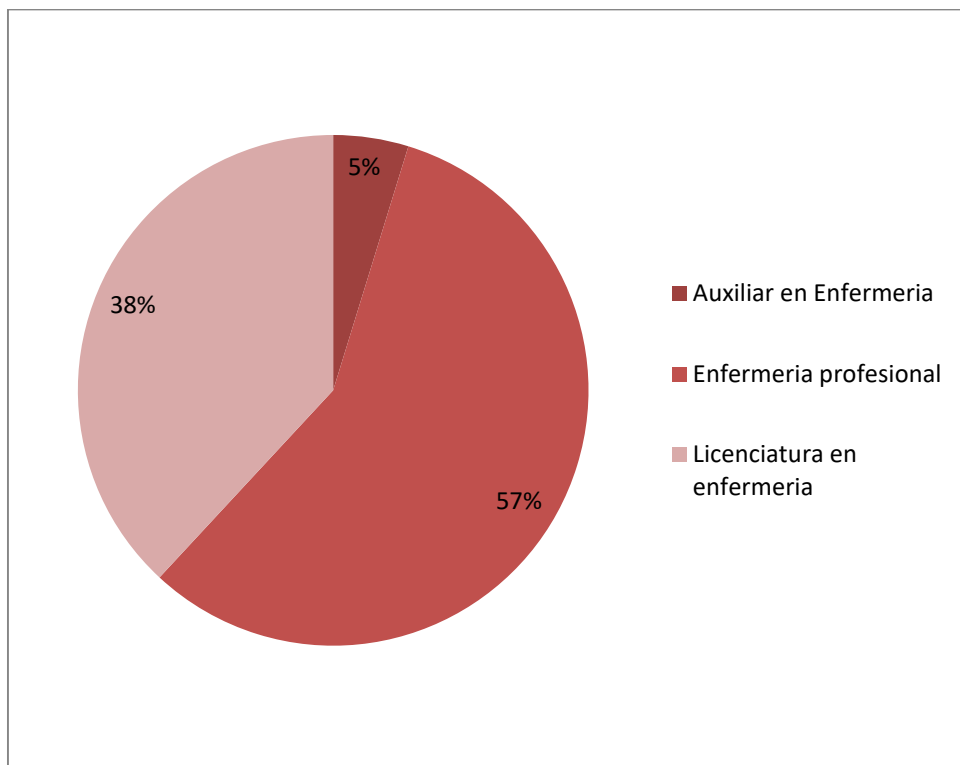


Comentario: De los 21 encuestados 20 son de sexo femenino (95%) y 1 de sexo masculino (5%).

Tabla 4. Nivel Académico.

Grado académico	Cantidad	Porcentaje
Auxiliar en Enfermería	1	5%
Enfermería profesional	12	57%
Licenciatura en enfermería	8	38%
Total	21	100%

Grafico 4. Nivel académico.

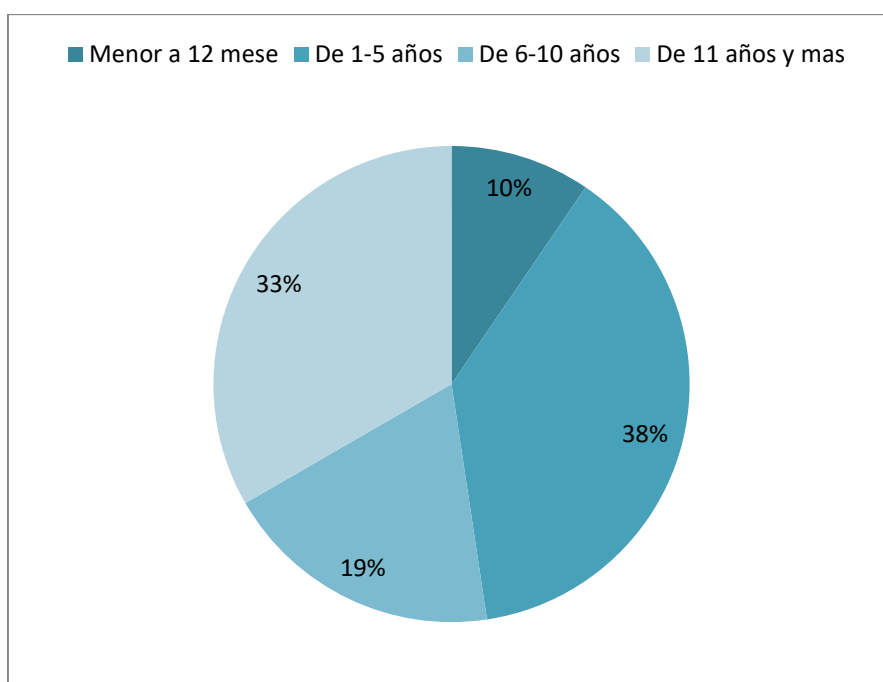


Comentarios: De los 21 encuestados (100%), 8 son licenciados en enfermería (38%), 12 son enfermeros profesionales (57%) y 1 es auxiliar en enfermería (5%).

Tabla 5. Años de experiencia.

Años de Experiencia	Cantidad	Porcentaje
Menor a 12 mese	2	10%
De 1-5 años	8	38%
De 6-10 años	4	19%
De 11 años y mas	7	33%
Total	21	100%

Grafico 5. Años de experiencia.

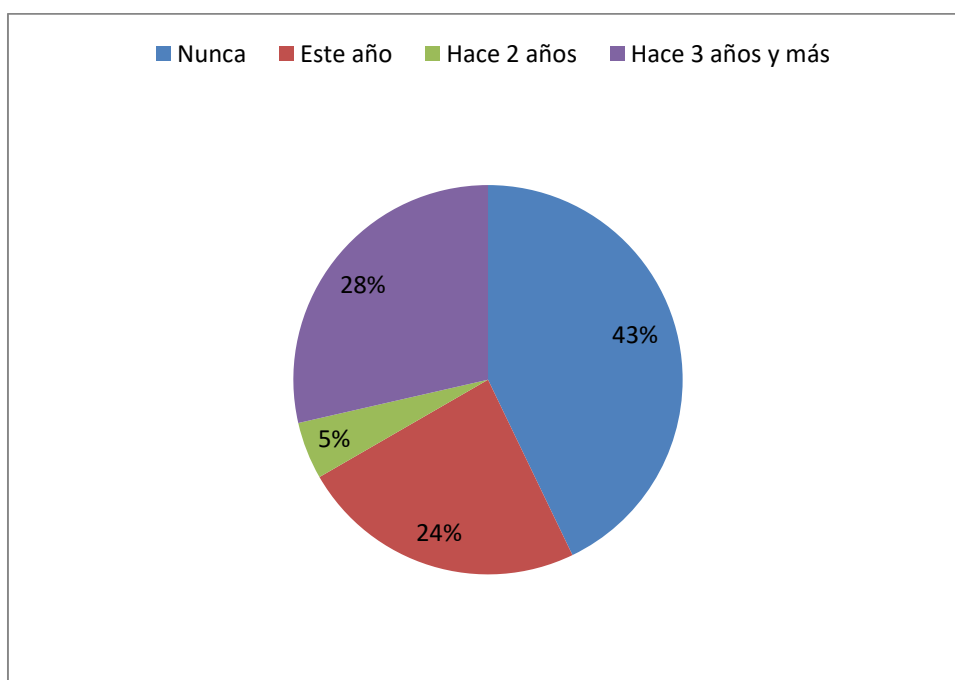


Comentarios: De los 21 enfermeros encuestados, 8 (38%) enfermeros tienen una experiencia de 1 a 5 años que predomina.

Tabla 6. Capacitaciones previas.

Capacitación previa	Cantidad	Porcentaje
Nunca	9	43%
Este año	5	24%
Hace 2 años	1	5%
Hace 3 años y más	6	28%
total	21	100%

Grafico 6. Capacitaciones previas.

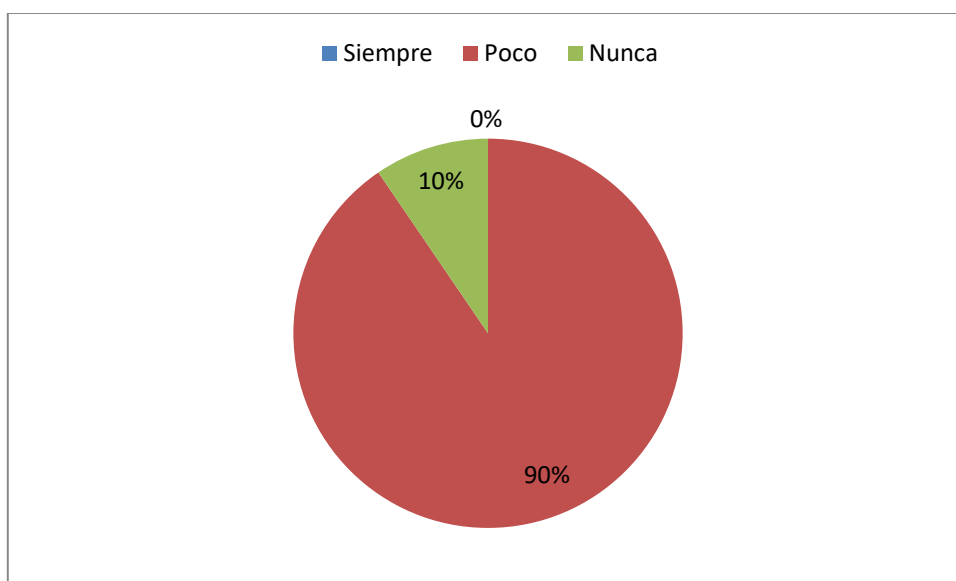


Comentario: 9 (43 %) de los 21 enfermeros encuestados manifiestan nunca haber recibido una capacitación. Solo 1 (5%) ha recibido este año una capacitación.

Tabla 7. Frecuencia de asistencia a capacitaciones.

Asistencia a Capacitaciones	Cantidad	Porcentaje
Siempre	0	0%
Poco	19	90%
Nunca	2	10%
Total	21	100%

Grafico 7. Frecuencia de asistencia a capacitaciones.

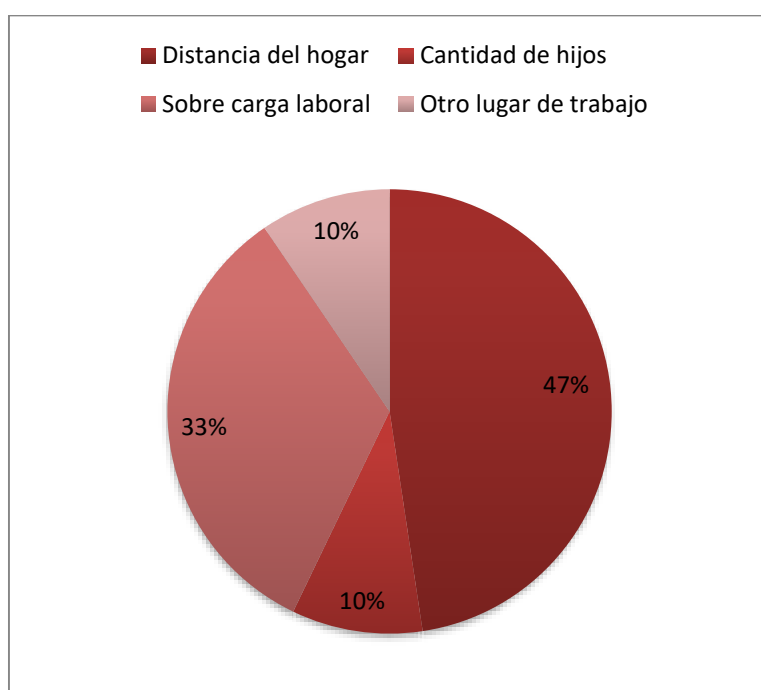


Comentario: el porcentaje que predomina en cuanto a la poca asistencia a las capacitaciones es el 90% 19 de 21. Por otro lado, el 10% (2/21) la frecuencia de asistencia es nunca.

Tabla 8. Factores que influyen a la falta de asistencia a capacitaciones.

Factores que influyen	Cantidad	porcentaje
Distancia del hogar	10	47%
Cantidad de hijos	2	10%
Sobre carga laboral	7	33%
Otro lugar de trabajo	2	10%
Total	21	100%

Grafico 8. Factores que influyen a la falta de asistencia a capacitaciones.

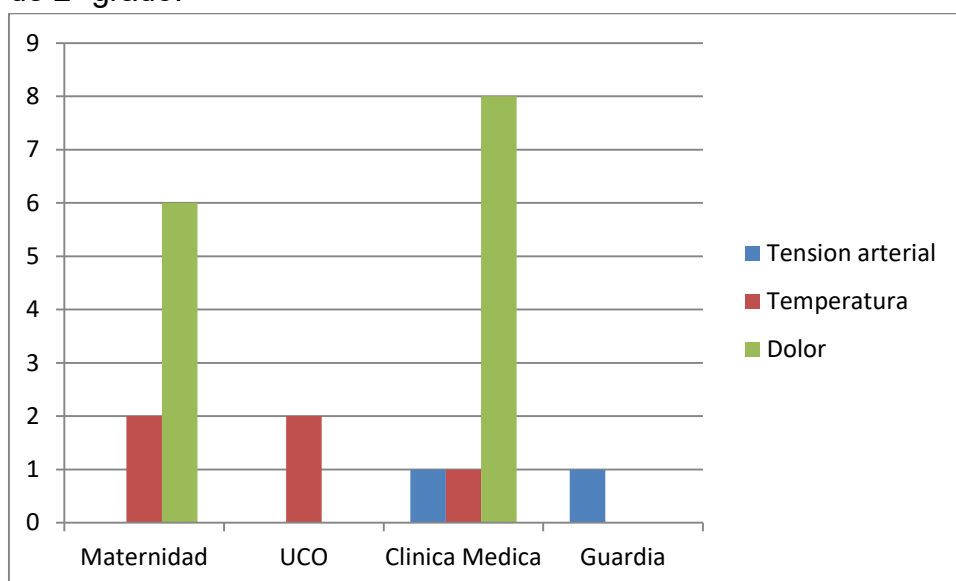


Comentario: los factores que mayor influyen en la falta de asistencia a capacitaciones son: distancia del hogar (47%) y sobre carga laboral (33%) de los 21 enfermeros.

Tabla 9. Signos vitales de mayor importancia en pacientes con quemaduras de 2º grado. La respuesta correcta es DOLOR.

signos vitales más importante	Maternidad	UCO	Clínica Médica	Guardia	Total
Tensión arterial	0	0	1	1	2
Temperatura	2	2	1	0	5
Dolor	6	2	8	0	14
Total	8	2	10	1	21

Grafico 9. Signos vitales de mayor importancia en pacientes con quemaduras de 2º grado.

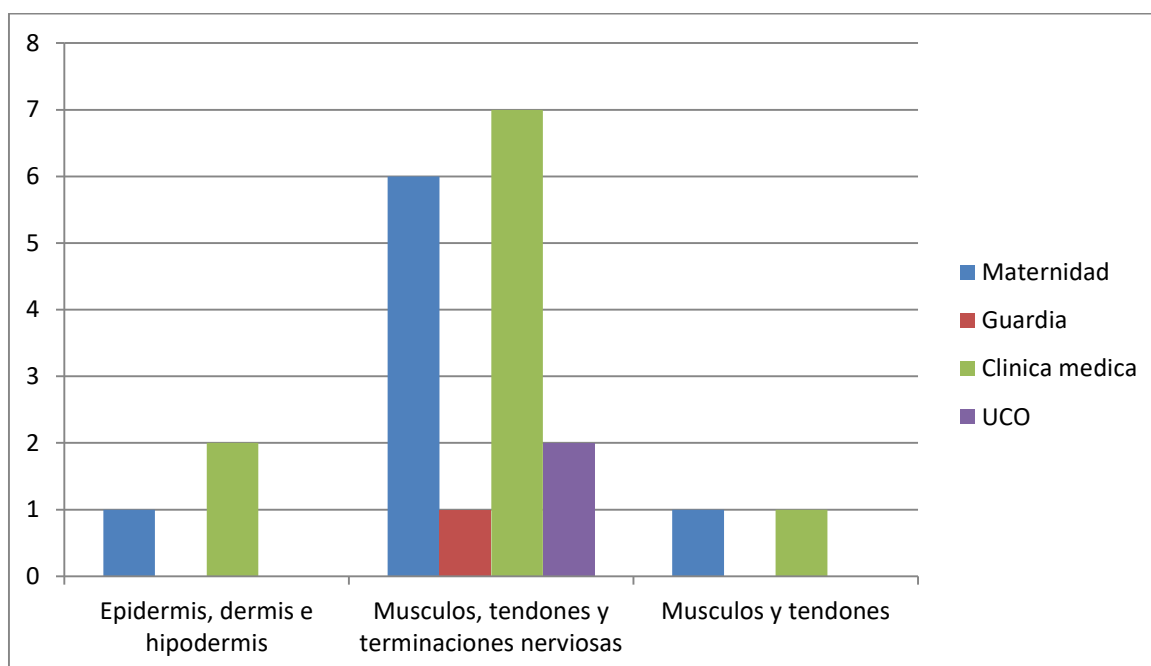


Comentario: conocimiento sobre signos vitales de mayor importancia, el servicio de clínica médica (8/10) obtuvo un porcentaje superior en comparación con otros servicios.

Tabla 10. Estructuras afectadas en quemaduras de 3º grado.

Paciente con quemadura de 3º grado (tipo B); estructuras afectadas	Maternidad	Guardia	Clínica medica	UCO	Total
Epidermis, dermis e hipodermis	1	0	2	0	3
Músculos, tendones y terminaciones nerviosas	6	1	7	2	16
Músculos y tendones	1	0	1	0	2
Total	8	1	10	2	21

Grafico 10. Estructuras afectadas en quemaduras de 3º grado.

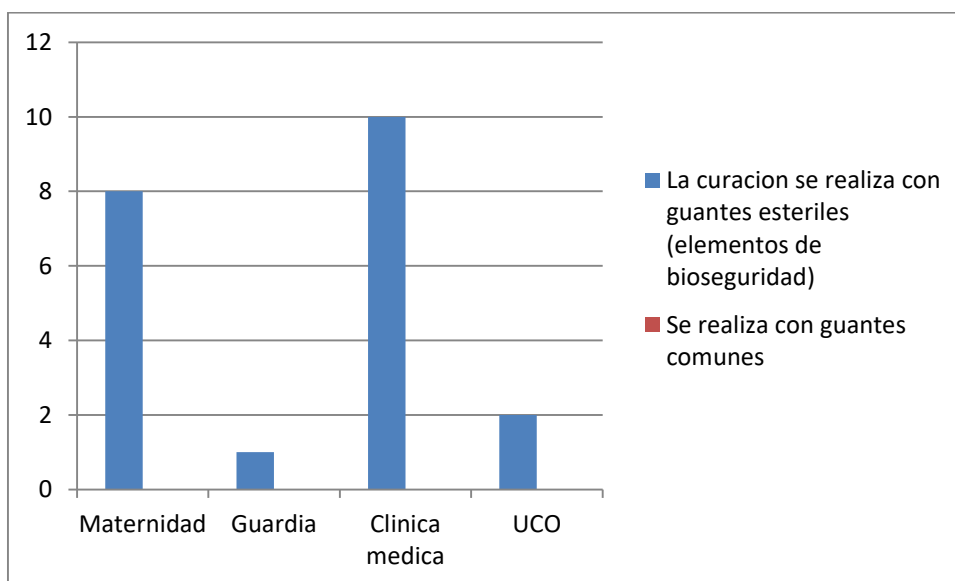


Comentario: el servicio de clínica médica obtuvo un porcentaje superior (7/10) en cuanto a conocimiento sobre estructuras afectadas en quemaduras de 3º grado.

Tabla 11. Curación en pacientes quemados.

Respecto a las curaciones en pacientes quemados.	Maternidad	Guardia	Clínica medica	UCO	Total
La curación se realiza con guantes estériles (elementos de bioseguridad)	8	1	10	2	21
Se realiza con guantes comunes	0	0	0	0	0
Total	8	1	10	2	21

Grafico 11. Curación en pacientes quemados.

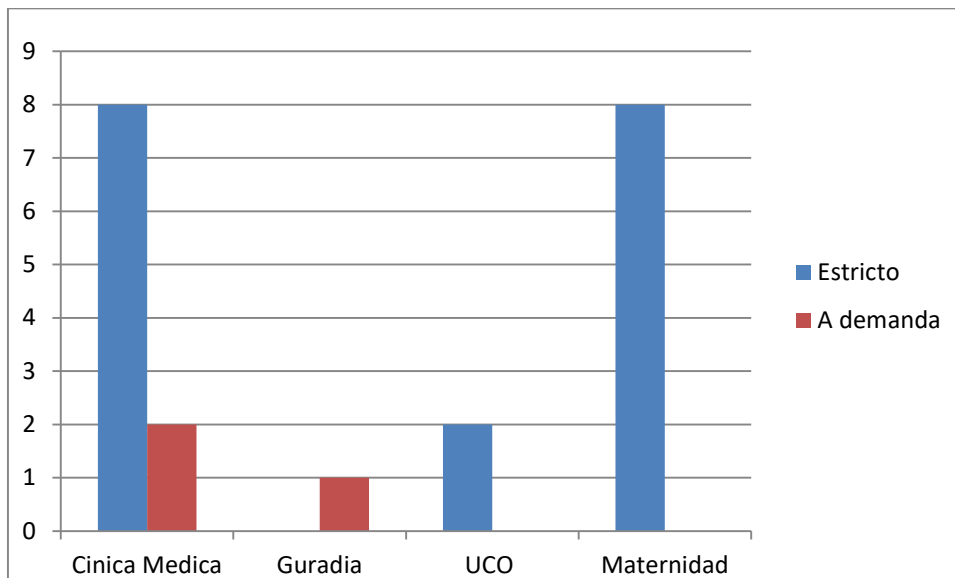


Comentario: respecto a la curación en pacientes quemados todos (100 %) los servicios han obtenido un buen resultado.

Tabla 12. Balance hidroelectrolítico: ingreso y egreso en las primeras 24 horas.

Ingreso de soluciones	Cínica Medica	Guardia	UCO	Maternidad	Total
Estricto	8	0	2	8	18
A demanda	2	1	0	0	3
Total	10	1	2	8	21

Grafico 12. Balance hidroelectrolítico: ingreso y egreso en las primeras 24 horas.

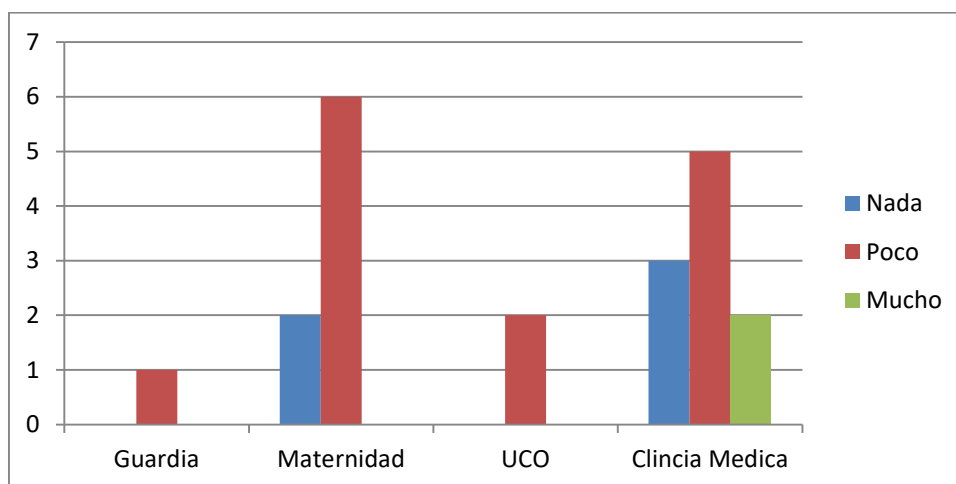


Comentario: el cuadro representa que el servicio de clínica médica (80 %) y maternidad (100%) han obtenido un buen resultado, con respecto al balance hidroelectrolítico el cual es estricto.

Tabla 13. Conocimiento sobre farmacología.

Conocimiento sobre farmacología	Guardia	Maternidad	UCO	Clínica Medica	TOTAL
Nada	0	2	0	3	5
Poco	1	6	2	5	14
Mucho	0	0	0	2	2
TOTAL	1	8	2	10	21

Grafico 13. Conocimiento sobre farmacología.

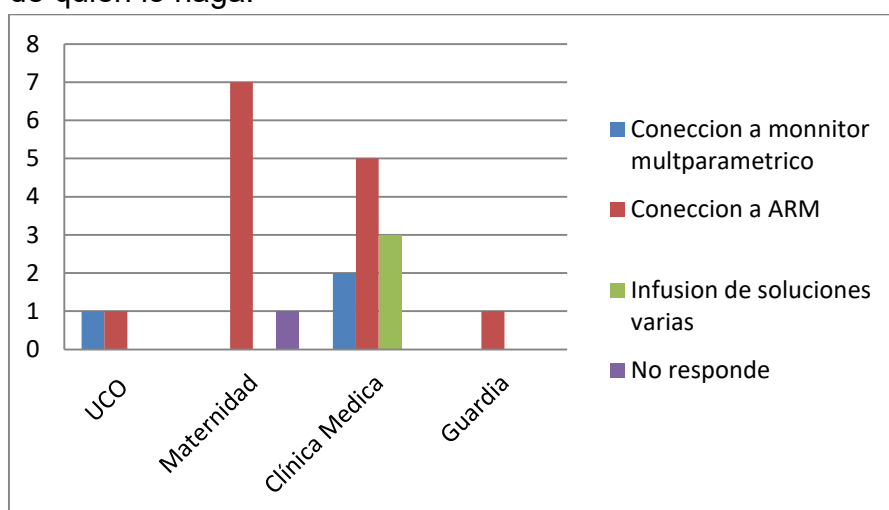


Comentario: con respecto sobre conocimiento de farmacología se observa que el servicio clínica médica representado por un 30% de las encuestas afirman poseer ningún tipo conocimiento sobre farmacología, el servicio de maternidad representado por 75% posee poco conocimiento. Por un total de los encuestados el 24% (5/21) de los 21 ha respondido que no tiene conocimiento de farmacología.

Tabla 14. Caso simulado de ingreso de paciente con una quemadura superior a 80% de superficie corporal. Acción realizada al ingreso independientemente de quien lo haga.

Ingreso de paciente con quemadura de 80% con TOT (tubo oro traqueal).	UCO	Maternidad	Clínica Médica	Guardia	Total
Conexión a monitor multiparametrico	1	0	2	0	3
Conexión a ARM	1	7	5	1	14
Infusión de soluciones varias	0	0	3	0	3
No responde	0	1	0	0	1
Total	2	8	10	1	21

Grafico 14. Caso simulado de ingreso de paciente con una quemadura superior a 80 % de superficie corporal. Acción realizada al ingreso independientemente de quien lo haga.

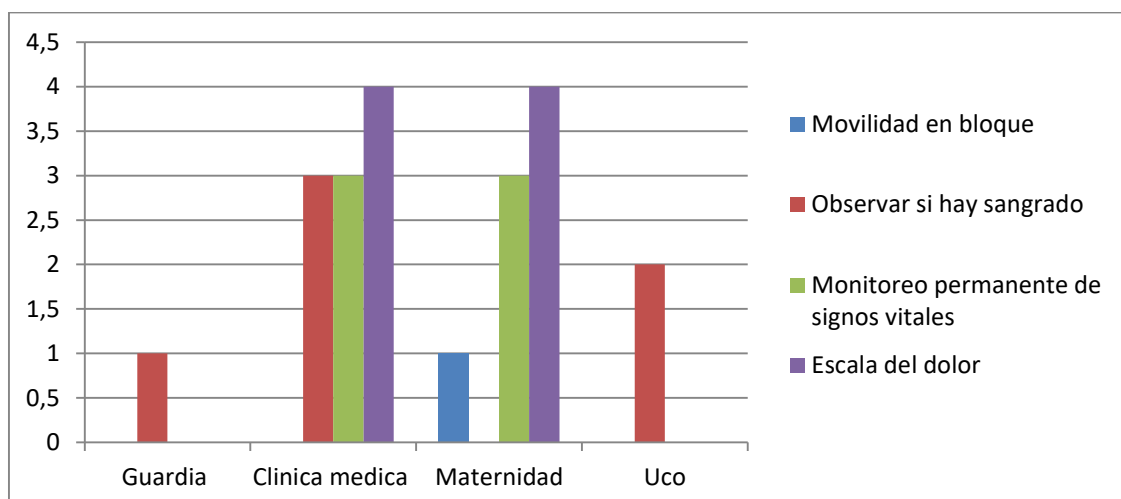


Comentario: se observa que el servicio de maternidad en 87.5% (7/8) y servicio de clínica médica en 50% (5/10) afirman que la primera acción a realizar en dicho caso planteado, es conectar al paciente a ARM (Asistencia respiratoria mecánica). Obteniendo un grado de conocimiento de maternidad mayor a clínica médica.

Tabla 15. Cuidado en pacientes postoperatorio inmediato.

Postoperatorio inmediato	Guardia	Clínica medica	Maternidad	UCO	Total
Movilidad en bloque	0	0	1	0	1
Observar si hay sangrado	1	3	0	2	6
Monitoreo permanente de signos vitales	0	3	3	0	6
Escala del dolor	0	4	4	0	8
Total	1	10	8	2	21

Grafico 15. Cuidado en pacientes postoperatorio inmediato.

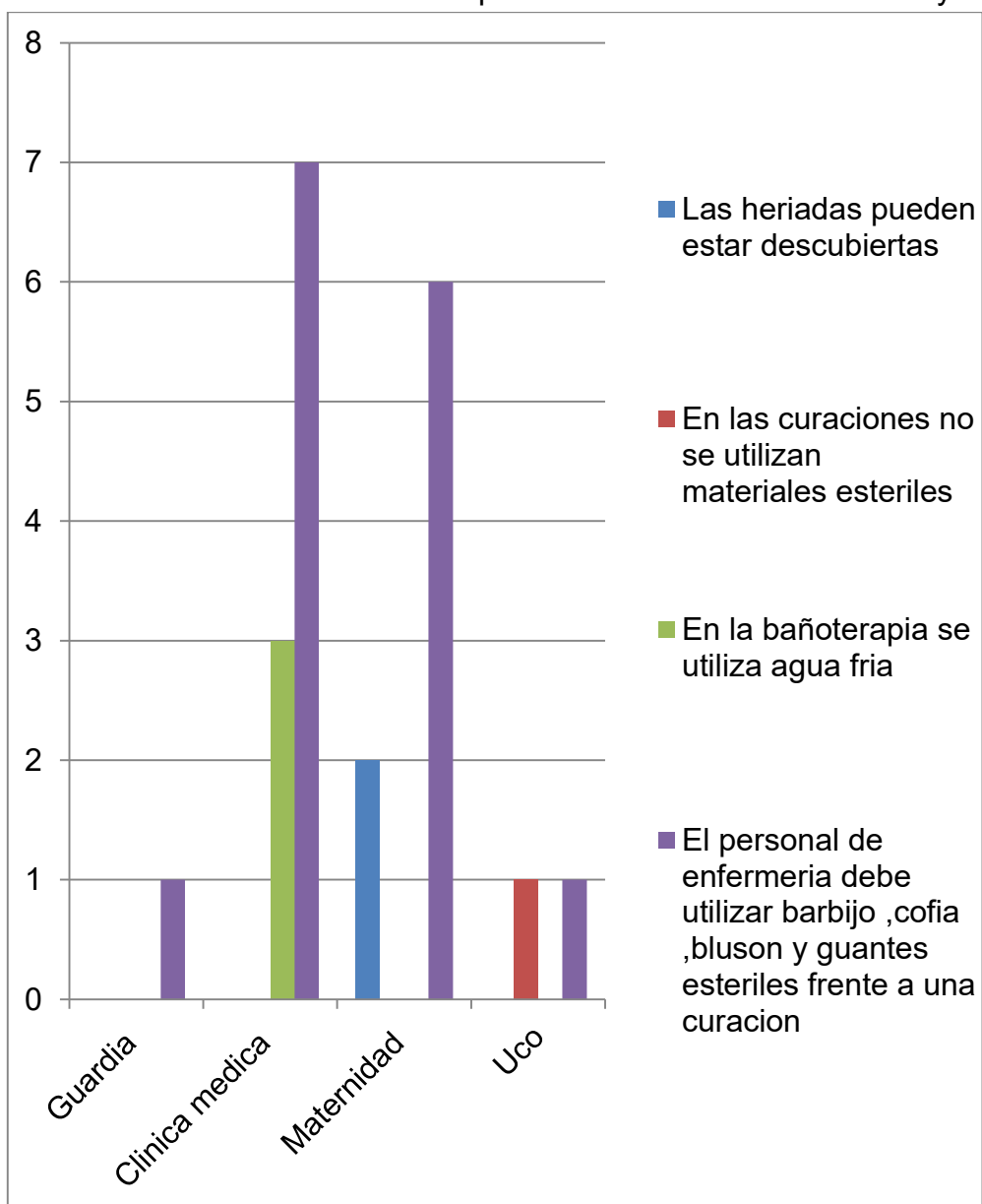


Comentario: se observa que clínica médica solo obtuvo un 30 % (3/10) en la respuesta correcta y maternidad un 0% (0/8). Siendo ellos el servicio con mayor porcentaje en cuanto a las encuestas total obtenidas.

Tabla 16. Cuidados tardíos. Respectos al cuidado de las heridas y / o injertos.

Cuidados tardíos	Guardia	Clínica medica	Maternidad	UCO	Total
Las heridas pueden estar descubiertas	0	0	2	0	2
En las curaciones no se utilizan materiales estériles	0	0	0	1	1
En la baño terapia se utiliza agua fría	0	3	0	0	3
El personal de enfermería debe utilizar barbijo ,cofia ,blusón y guantes estériles frente a una curación	1	7	6	1	15
Total	1	10	8	2	21

Grafico 16. Cuidados tardíos. Respectos al cuidado de las heridas y / o injertos.



Comentario: respecto al manejo de cuidados en heridas en pacientes postquirúrgicos, el porcentaje superior es de maternidad de 75 % (6/10) seguido de clínica médica 70% (7/10) en cuanto al uso de elementos de bioseguridad. Un total de 71% (15/21) del total de la encuesta.

Discusión

El 21/40 (52,5%) de los enfermeros del Hospital Lagomaggiore contestaron la encuesta. EL 80% (8 Enf.) de los encuestados en el área de maternidad respondieron la encuesta y 20% (2 enf.) de los enfermeros que no contestaron. En el área de UCO se realizó una encuesta a 10 enfermeros de los cuales solo respondieron 2 enf. (20%) y 8 enfermeros no respondieron (80%). En clínica médica el total de respuesta fue de un 100% de las 10 encuesta que se dejaron. En guardia, el 10% correspondiente a un enfermero contesto la encuesta, el 90% correspondiente a nueve enfermeros que no respondieron.

El rango etario que predomina de 12 /21 enfermeros se encuentran entre los 31-50 años. Dejando en claro que el servicio de clínica médica es en el cual predominan mayores de 31 años.

De los 21 encuestados 20 son de sexo femenino (95%) y 1 de sexo masculino (5%). De forma general, la cantidad de hombre sobre la cantidad de mujeres en los distintos servicios pueden llegar a variar, por ejemplo, en el servicio de maternidad todas las enfermeras son del sexo femenino, por otro lado, en el servicio de guardia general seguido por terapia intensiva lo que mayormente predomina es el sexo masculino.

De los 21 encuestados (100%), 8 son licenciados en enfermería (38%), 12 son enfermeros profesionales (57%) y 1 es auxiliar en enfermería (5%). Cabe mencionar que, al pasar los años, enfermería ha hecho un avance en lo académico, dejando en claro que los auxiliares que había se tienen que ir profesionalizando para poder obtener un título y de ahí en más poder cumplimentar una carrera de grado (licenciatura) y por qué no un posgrado.

De los 21 enfermeros encuestados, 8 (38%) enfermeros tienen una experiencia de 1 a 5 años que predomina.

El 43 % (9/21) de los enfermeros encuestados manifiestan nunca haber recibido una capacitación. Solo 1 (5%) ha recibido este año una capacitación. El porcentaje que predomina en cuanto a la poca asistencia a las capacitaciones es el 90% 19 de 21. Por otro lado, el 10% (2/21) la frecuencia de asistencia es

nunca. Hay distintos factores que afectan la capacitación, los cuales han de ser mencionados a posteriori en esta misma entrega.

Los factores que mayormente influyen en la falta de asistencia a capacitaciones son: distancia del hogar (47%) y sobre carga laboral (33%) de los 21 enfermeros.

Conocimiento sobre signos vitales de mayor importancia, el servicio de clínica médica (8/10) obtuvo un porcentaje superior en comparación con otros servicios.

El servicio de clínica médica obtuvo un porcentaje superior (7/10) en cuanto a conocimiento sobre estructuras afectadas en quemaduras de 3º grado.

Respecto a la curación en pacientes quemados todos (100 %) los servicios han obtenido un buen resultado.

Con respecto sobre conocimiento de farmacología se observa que el servicio clínica médica representado por un 30% de las encuestas afirman poseer ningún tipo conocimiento sobre farmacología, el servicio de maternidad representado por 75% posee poco conocimiento. Por un total de los encuestados el 24% (5/21) de los 21 ha respondido que no tiene conocimiento de farmacología.

Se observa que el servicio de maternidad en 87.5% (7/8) y servicio de clínica médica en 50% (5/10) afirman que la primera acción a realizar en dicho caso planteado, es conectar al paciente a ARM (Asistencia respiratoria mecánica). Obteniendo un grado de conocimiento de maternidad mayor a clínica médica.

Con respecto a las respuestas obtenidas, los servicios de clínica médica y maternidad han tenido una buena predisposición para responder; caso contrario a guardia general y unidad coronaria, ello se debería a que son servicios en los cuales la dinámica y manejo de las situaciones son diferentes.

Propuestas

Se podría llegar a solventar la falta de capacitación con, horarios accesibles en turno mañana y tarde. Con el uso de 2 horas. Otorgando material actualizado sobre el cuidado de pacientes postquirúrgicos quemados. Se realizará un chek in evaluativo para los enfermeros. (Anexo VIII) en la parte práctica sobre la teoría dada.

Esto se llevaría a cabo 3 veces al año, concurriendo a la capacitación 1 personal de cada servicio (4 servicios) de cada turno cada 4 meses en total 12 (doce) enfermeros por capacitación. Con ello sería posible que los enfermeros puedan asistir a la capacitación y el servicio no quedaría sin personal de trabajo.

Serian asignados en orden alfabético de apellidos a las asistencias.

La asistencia a las capacitaciones seria tomadas como una jornada laboral, se otorgaría un certificado que compruebe la asistencia del profesional.

El profesional encargado de dar el curso para la capacitación, le seria otorgado un plus monetario y devolución con 2 francos por cada día que haya disertado.

Las herramientas sobre cuidado son muy importantes sobre todo para el personal quien es quien va a educar al paciente. La educación del paciente se define como una experiencia de aprendizaje utilizando una combinación de métodos como la enseñanza, asesoramiento, técnicas de modificación de conductas que influyan el conocimiento de los pacientes. Se dice que es un proceso interactivo que permite a los pacientes participar activamente en el cuidado de la salud, entregándoles información acerca de sus enfermedades que padecen.

La clave es que el paciente entienda su enfermedad y su impacto. El hecho de aprender a reconocer signos de alarmas puede ayudar al paciente a consultar más rápidamente, ya que, por ende, es fundamental conseguir una buena comunicación con los profesionales que constituyen el equipo enfermero.

Uno de los aspectos que marca el futuro sanitario relacionado con el autocuidado es el incremento de la esperanza de vida, el cual no afecta solo a enfermos

crónicos, sino también a las personas que hayan pasado por un gran quemado, y la enfermería desempeña un papel clave en este sentido.

Se trabaja básicamente los aspectos de prevención y promoción de la salud incidiendo en la modificación de estilos de vida. Lo que se pretende desde la enfermería es capacitar al paciente para que conozca su enfermedad y saber cómo actuar en casos puntuales.

Conclusión

Las encuestas fueron dejadas en los servicios en 2 (dos) oportunidades, debido a la falta de obtención de resultados.

Han sido dejados por un tramo de 3 (días) en los cuales se pudo obtener un resultado poco satisfactorio en cuanto a las encuestas respondidas (21/40); los datos obtenidos han sido descriptos según la cantidad obtenida de cada servicio (4 servicios), con el fin de poder mostrar fielmente las repuestas obtenidas.

Del servicio de clínica médica se pudo obtener el 100 % de las encuestas dejadas (10/10); seguido por el servicio de maternidad 8/10 ;por otro lado en el servicio de Guardia General, no se obtuvo un buen resultado en comparación a la cantidad de encuestas que se han dejado (1/10) debido a ello los resultados pueden ser algo confuso inclusive no se puede saber con exactitud los conocimientos generales del resto del personal ya que no se puede discriminar el conocimiento de un servicio solo con una respuesta obtenida, cabe mencionar que el personal del servicio de guardia realiza guardias de 24 hs. El servicio de UCO solo se obtuvo 2/10.

El 47 % no asiste a capacitaciones de forma regular debido a la distancia del hogar y el 33 % por una sobre carga laboral (turno noche el día anterior a la capacitación, doble turno debido a faltas y/o licencias), algunos debido a hijos menores de 18 años.

En cuanto al grado de conocimiento el servicio de clínica médica predomina en cuanto a las respuestas obtenidas, se debe también a que ellos reciben de forma regular diferentes tipos de personas con diferentes patologías, el resultado se vio afectado debido a que el 100% de las encuestas han sido respondidas.

Las capacitaciones brindadas en esta área son de forma aisladas.

Las complicaciones postoperatorias son diversas, para ello se necesita un amplio conocimiento e interés por ampliar los conocimientos en la diversibilidad en diferentes áreas.

Bibliografía

1-Gisela Navarrete Franco. Histología de la piel. Rev Fac Med UNAM Vol.46 No.4 Julio-agosto, 2003. Disponible en:<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-4/RFM46403.pdf>

2-Disponible en: <https://www.ecured.cu/Melanocito>.

3- Rossani G., Hernández I., Alcolea J.M., Castro-Sierra R., Pérez-Soto W., Trelles M.A... Tratamiento de quemaduras mediante plasma rico en plaquetas (PRP): parte I. Cir. Plást. Ibero-latinoam. [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 mayo 23]; 40(2): 229-238. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000200015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922014000200015>.

4-<http://scielo.org.co/pdf/iat/v17n1/v17n1a4.pdf>

5-<http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v17n1/art10.pdf>

6-<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001224.htm>

7-<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001224.htm>

8- E. Lizarralde Palacios, A. Gutiérrez Macías, M. Martínez Ortiz de Zárate. Alteraciones de la termorregulación. Servicio de urgencias y medicina interna. Hospital de basurto. Bilbao.2000; 12:192-207. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/alteraciones_termoregulacion.pdf

9- E. Lizarralde Palacios, A. Gutiérrez Macías, M. Martínez Ortiz de Zárate. Alteraciones de la termorregulación. Servicio de urgencias y medicina interna. Hospital de basurto. Bilbao.2000; 12:192-207. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/alteraciones_termoregulacion.pdf

10-http://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/17_Cuidados.pdf

11-<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/in-depth/child-safety/art-20044027>

12-https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-nitrofurazona+crema+0.2%25-peru-d08af01-pe_1

13-

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000079?via%3Dihub>

- 14-Grau Carmona T., Rincón Ferrari M.^a D., García LabajoD. Nutrición artificial en el paciente quemado. Nutr. Hosp. [Internet]. 2005 Jun [citado 2019 Jun 12]; 20(Suppl 2): 44-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000500013&lng=es.
- 15-
https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=sDIl6q_s2MC&oi=fnd&pg=PA1&dq=clasificacion+de+quemaduras&ots=dX6Jkclbao&sig=nfWNaTYeXB3Rb_Ud2bfasVhXko#v=onepage&q=clasificacion%20de%20quemaduras&f=false
- 16- Hospital Luis Lagomaggiore de la provincia de Mendoza, República Argentina.
- 17-<https://www.vademecum.es/principios-activos-propofol-n01ax10>
- 18-<https://www.vademecum.es/principios-activos-lidocaina+anestesico+local-n01bb02>
- 19-
<https://www.sati.org.ar/documents/Enfermeria/farmacos/Sedacion%20y%20analgesia%20CECSATI.pdf>
- 20- <https://www.vademecum.es/principios-activos-fentanilo,+analgesico-n02ab03>
- 21- <https://www.vademecum.es/principios-activos-morfina-n02aa01>
- 22- <https://www.vademecum.es/principios-activos-remifentanilo-n01ah06>
- 23-<https://www.vademecum.es/principios-activos-propofol-n01ax10>
- 24-<https://www.vademecum.es/principios-activos-atracurio-m03ac04>
- 25-<https://www.vademecum.es/principios-activos-pancuronio-m03ac01>
- 26-<https://www.vademecum.es/principios-activos-atracurio-m03ac04>
- 27-<https://www.vademecum.es/principios-activos-pancuronio-m03ac01>
- 28- <https://www.vademecum.es/principios-activos-lorazepam-n05ba06>
- 29-<https://www.vademecum.es/principios-activos-paracetamol-n02be01>
- 30-<http://www.mientrenopersonal.com/estructuradelapiel/>
- 31-Rossani G., Hernández I., Alcolea J.M., Castro-Sierra R., Pérez-Soto W., Trelles M.A. Tratamiento de quemaduras mediante plasma rico en plaquetas

(PRP): parte I. Cir. plást. Iberolatinoam. [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 mayo 23]; 40(2): 229-238.

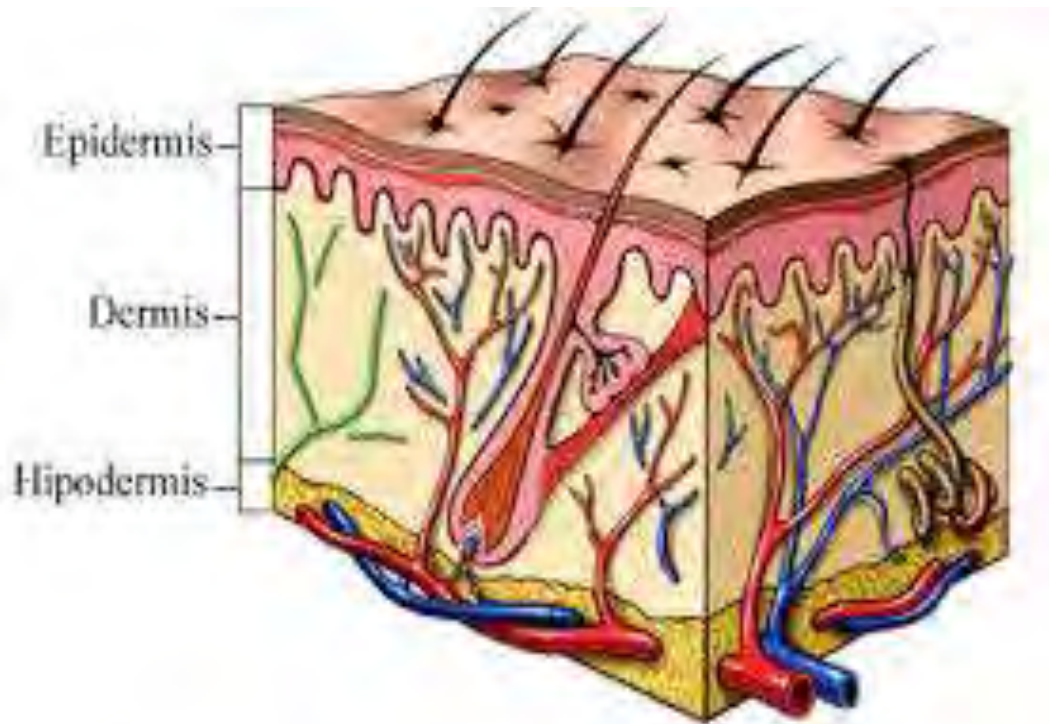
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000200015&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922014000200015>

32-<https://drmontelongo.wixsite.com/americas/recursos>

33-<http://tallertiva.blogspot.com/2012/06/v-behaviorurldefaultvmlo.html>

ANEXOS

Anexo I: Estructura De La Piel.



Fuentes

Fotografía disponible en: <http://www.mientrenopersonal.com/estructuradelapiel/>

Anexo II: Tipos De Quemaduras.

Tabla I. Correlación de las clasificaciones de Benaim, Converse-Smith y American Burns Association (ABA), con los estratos cutáneos comprometidos y el pronóstico

Benaim	Converse- Smith	ABA*	Estrato cutáneo lesionado	Pronóstico
Tipo A	Primer grado	Epidérmica	Epidermis	Curación espontánea en 7 días sin secuelas
Tipo AB-A	Segundo grado superficial	Dérmica superficial	Epidermis Dermis papilar	Debería epidermizar espontáneamente en 15 días con secuelas estéticas. Si se complica puede profundizar
Tipo AB-B	Segundo grado profundo	Dérmica profunda	Epidermis Dermis papilar sin afectar faneras profundas	Habitualmente termina en injerto con secuelas estéticas y/o funcionales. Puede requerir escarectomía tangencial
Tipo B	Tercer grado	Espesor total	Epidermis Dermis Hipodermis hasta músculo y hueso	Requiere escarectomía precoz e injerto o colgajos

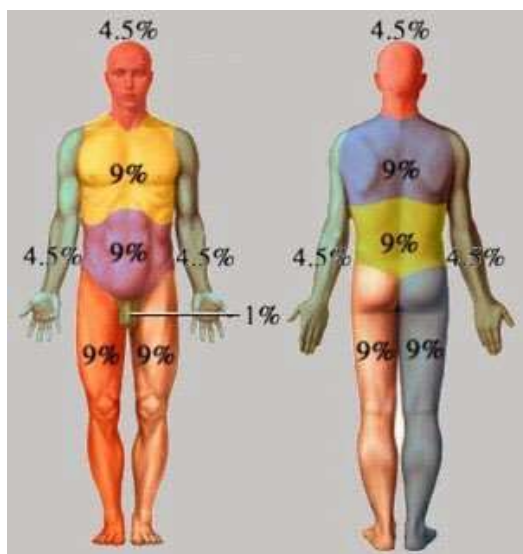
*ABA=American Burns Association

Fuente:

Disponible en: Rossani G., Hernández I., Alcolea J.M., Castro-Sierra R., Pérez-Soto W., Trelles M.A. Tratamiento de quemaduras mediante plasma rico en plaquetas (PRP): parte I. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 mayo 23]; 40(2): 229-238.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000200015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922014000200015>

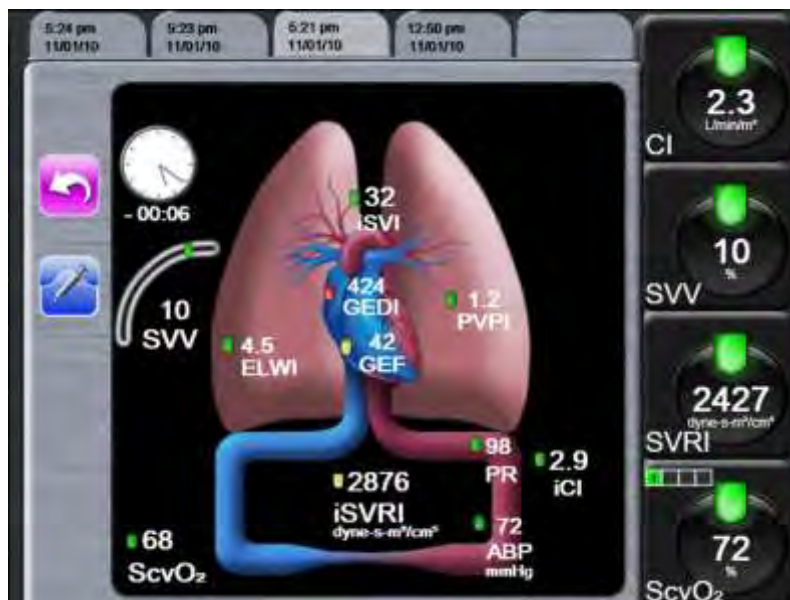
Anexo III: Extensión De Las Quemaduras, Regla De Los Nueve.



Fuente:

Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Seg%C3%BAn-a-extensi%C3%B3n-class-queimaduras?idioma=es>

Anexo IV: Ev1000



Fuente:

Disponible en: <https://drmontelongo.wixsite.com/americas/recursos>

Anexo V: Base Primea.



Fuente:

Disponible en: <http://tallertiva.blogspot.com/2012/06/v-behaviorurldefaultvmlo.html>

Anexo VI: cuestionario.



Facultad De Ciencias Medicas

Escuela De Enfermeria

Ciclo De Licenciatura En Enfermeria

Curso: Tallere De Produccion De Tesina



Univeridad Nacional De Cuyo

Cuestionario

El cuestionario es realizado para el personal de enfermeria de diferentes áreas de servicio del Hospital Luis Lagomaggiore, a los fines de saber de forma general como podría abordar ante los pacientes quemados (de diferentes grados).

Este cuestionario es de carácter anonimo, el cual consta de 20 preguntas.

Marque la respuesta que se asemeje mas a su situacion.

1. Edad

De 20-30 años ☐

31-40 años ☐

41-50 años ☐

51 y mas ☐

2. Sexo

Femenino ☐ Masculino ☐

3. Cantidad de hijos

Ninguno ☐

De 1-3 ☐

De 4-6 ☐
De 7 y más ☐

4. Nivel academico

Auxiliar de enfermería ☐
Profesional de enfermería ☐
Licenciado en enfermería ☐

5. Años de experiencia

Menor a 12 meses ☐
De 1-5 años ☐
De 6-10 años ☐
De 11 años y mas ☐

6. Usted eligio el servicio en el cual se desempeña actualmente

Si ☐ No ☐

7. Marque en con una cruz el servicio en el que se encuentra:

Unidad Coronaria ☐
Maternidad ☐
Clinica medica ☐
Guardia ☐

8. El servicio en el que se encuentra es:

Area cerrada. ☐ Area abierta. ☐ Mixta. ☐

9. ¿ Usted asistió a alguna capacitación relacionada con cuidados en pacientes quemados?

Nunca ☐
Este año ☐
Hace 2 años ☐
Hace 3 años y más ☐

10. El hospital brinda algun tipo de capacitación en cuidados de pacientes quemados:

- Si. ☐ No. ☐
11. Con que frecuencia asiste a las capacitaciones que brinda en el hospital:
Siempre ☐ Poco ☐ Nunca ☐
12. En el caso de que usted no pueda asistir a las capacitaciones marque con una cruz el motivo o los motivos por cuales no asiste:
- Distacia del hogar al trabajo ☐
- Hijos (edad , cantidad) ☐
- Sobre carga laboral (según el servicio en el que se encuentra, turno noche el día anterior a la capacitación) ☐
- Otro lugar de trabajo ☐
13. Cual de los signos vitales cree usted que es el mas importante a valorar en una quemadura de 2º grado.
- Tension arterial ☐
- Temperatura ☐
- Dolor ☐
14. Una paciente con quemadura de 3º grado (tipo B) que estructuras estan afectadas; marque con una cruz la respuesta correcta.
- Epidermis , dermis e hipodermis ☐
- Musculos, tendones y terminaciones nerviosas. ☐
- Musculos y tendones ☐
15. Marque la opción correcta, respecto a la realizacion de cuaraciones en pacientes quemados:
- Las curaciones se realizan conguantes esteriles
(elementos de biosegurida) ☐
- Se realizan con guantes comunes. ☐
16. Marque la opción que cree correcta: Balance hidroelectrolitico en cuanto a igreso de soluciones en pacientes críticos gran quemados en las primeras 24 horas; es:

Estricto ☐

A demanda ☐

17. Farmacología. ¿Tiene conocimiento sobre la farmacología que se utiliza mayormente en pacientes quemados?

Nada ☐

Poco ☐

Mucho ☐

18. Caso simulado

Un paciente ingresa al servicio con quemaduras de mas de 80 %, con intubación orotraqueal, con vias perifericas, sonda vesical. Acompañado por el médico y el camillero. Se le realizan los controles correspondientes.

A) Marque la respuesta correcta, independientemente de quien lo haga.

Coneccion a monitor multiparametrico (csv) ☐

Coneccion a ARM ☐

Infusion de soluciones varias ☐

19. cuidados en pacientes posoperatorios inmediato.
Marque la respuesta correcta.

Movilizacion en bloque ☐

Observar si hay sangrado ☐

Monitoreo permanente de signo vitales ☐

Escala de dolor ☐

20. Cuidados tardíos. Marque la respuesta correcta.

Las heridas pueden estar descubiertas ☐

En las curaciones no se utilizan materiales esteriles. ☐

En la Bañoterapia se utiliza agua fría . ☐

El personal de enfermería debe utilizar barbijo, cofia, bluson y guantes esteriles frente a una curacion. ☐

Fuente: producción propia.

Anexo VII: Tabla Matriz.

N ° E nf .	Pr eg. 1	Pr eg. 2	Pr eg. 3	Pr eg. 4	Pre g.5	Pre g.6	Pre g.7	Preg .8	Pr eg .9	Preg .10	Preg .11	Preg .12	Preg .13	Preg .14	Preg .15	Preg .16	Preg .17	Preg .18	Preg .19	Preg .20
1	C	F	B	B	D	SI	D	A. Abie rta	B	NO	Poc o	D	A	B	A	B	Poc o	B	B	D
2	C	F	C	B	C	NO	A	A. Cerr ada	D	SI	Poc o	A	B	B	A	A	Poc o	A	B	B
3	B	F	A	B	D	SI	A	A. Cerr ada	A	SI	Poc o	D	B	B	A	A	Poc o	B	B	D
4	A	F	A	B	B	NO	C	A. Abie rta	A	SI	Nun ca	A	C	B	A	B	Muc ho	A	B	C
5	D	F	B	A	D	SI	C	A. Abie rta	B	SI	Poc o	C	C	B	A	B	Poc o	C	D	D
6	D	F	B	C	B	NO	C	A. Abie rta	A	SI	Nun ca	A	C	B	A	A	Poc o	A	C	C
7	D	F	C	B	D	NO	C	A. Abie rta	A	NO	Poc o	C	B	B	A	A	Nad a	C	B	D
8	B	F	B	B	B	NO	C	A. Abie rta	A	SI	Poc o	A	C	A	A	A	Nad a	C	C	D
9	A	F	A	C	B	NO	C	Mixt a	C	SI	Poc o	A	A	A	A	A	Muc ho	B	D	D

10	C	F	B	C	D	SI	C	A. Abierta	D	NO	Poco	C	C	B	A	A	Nada	B	C	C
11	B	F	A	C	D	SI	C	A. Abierta	D	SI	Poco	C	C	B	A	A	Poco	B	B	D
12	C	F	B	B	D	NO	C	A. Abierta	D	SI	Poco	C	C	A	A	A	Poco	B	D	D
13	B	M	A	B	C	NO	C	A. Abierta	A	SI	Poco	A	C	A	A	A	Poco	B	D	D
14	D	F	C	C	C	NO	B	A. Abierta	D	SI	Poco	A	C	B	A	A	Poco	B	D	D
15	D	F	B	C	D	NO	B	A. Abierta	D	SI	Poco	C	C	B	A	A	Nada	B	A	D
16	A	F	A	C	B	SI	B	A. Abierta	B	SI	Poco	B	C	C	A	A	Nada	B	C	A
17	C	F	A	B	A	SI	B	A. Abierta	B	SI	Poco	A	B	B	A	A	Poco	B	C	D
18	C	F	B	B	D	NO	B	Mixta	A	NO	Poco	A	C	B	A	A	Poco	B	D	D
19	B	F	B	B	A	NO	B	A. Abierta	A	SI	Poco	A	B	B	A	A	Poco	B	D	A
20	A	F	A	C	B	SI	B	A. Abierta	B	SI	Poco	C	C	B	A	A	Poco	B	C	D
21	B	F	B	B	B	SI	B	Mixta	A	NO	Poco	B	C	A	A	A	Poco	No. Resp.	D	D

Fuente: producción propia.

Referencias

Nº Enf.: número de enfermero. Cuestionario anexo IV.

Preg. 1. Cuestionario anexo IV.

A: de 20 a 30 años. B: de 31 años a 40 años. C: 41 a 50 años. D: 51 y más.

Preg. 2. Cuestionario anexo IV.

M: masculino. F: femenino.

Preg. 3. Número de hijos. Cuestionario anexo IV.

A: ninguno. B: de 1-3. C: de 4-6. D: de 7 y más.

Preg. 4. Cuestionario anexo IV.

A: auxiliar de Enfermería. B: profesional de enfermería. C: Licenciado en Enfermería.

Preg. 5. Cuestionario anexo IV.

A: menor a 12 meses. B: de 1-5 años. C: de 6-10 años. D: de 11 años y más.

Preg. 6: pregunta número 6 del cuestionario. Anexo IV. SI. NO.

Preg. 7: pregunta número 7 del cuestionario. Anexo IV.

A: unidad coronaria. B: maternidad. C: clínica médica. D: guardia general.

Preg. 8: pregunta número 8 del cuestionario. Anexo IV.

A. Abierta: área abierta. A. cerrada: área cerrada. A. Mixta: área mixta.

Preg. 9: pregunta número 9 del cuestionario. Anexo IV.

A: nunca. B: este año. C: hace 2 años. D: hace más de 3 años.

Preg. 10: pregunta número 10 del cuestionario. Anexo IV.

SI. NO.

Preg. 11: pregunta número 11 del cuestionario. Anexo IV.

Siempre. Poco. Nunca.

Preg. 12: pregunta número 12 del cuestionario. Anexo IV.

A: distancia del hogar al trabajo.

B: hijos (edad, cantidad).

C: sobrecarga laboral (según el servicio en el que se encuentra, turno noche el día anterior a la capacitación).

D: otro lugar de trabajo.

Preg. 13: pregunta número 13 del cuestionario. Anexo IV.

A: tensión arterial. B: temperatura. C: dolor.

Preg. 14: pregunta número 14 del cuestionario. Anexo IV.

A: epidermis, dermis e hipodermis. B: músculos, tendones y terminaciones nerviosas: musculo y tendones.

Preg. 15: pregunta número 15 del cuestionario. Anexo IV.

A: las curaciones se realizan con guantes estériles (elementos de bioseguridad). B: se realizan con guantes comunes.

Preg. 16: pregunta número 16 del cuestionario. Anexo IV.

A: estricto. B: a demanda.

Preg.17: pregunta número 17 del cuestionario. Anexo IV.

Nada. Poco. Mucho.

Preg 18: pregunta número 18 del cuestionario. Anexo IV.

A: conexión a monitor multiparametrico (csv).

B: conexión a ARM (asistencia respiratoria mecánica).

C: infusiones de soluciones varias.

Preg. 19: pregunta 19 del cuestionario. Anexo IV.

A: movilización en bloque.

B: observar si hay sangrado.

C: monitoreo permanente de signos vitales.

D: escala de dolor.

Preg. 20: pregunta 20 del cuestionario. Anexo IV.

A: las heridas pueden estar descubiertas.

B: en las curaciones no se utilizan materiales estériles.

C: en la baño terapia se utiliza agua fría.

D: el personal de enfermería debe utilizar barbijo, cofia, blusón y guantes estériles frente a una curación.

Fuente: producción propia.

Anexo VIII: Chek In Evaluativo.

Características a evaluar	Puntaje obtenido									
PUNTAJE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación cefalocaudal										
Control de signos vitales en orden prioritario.										
Evaluación minuciosa de la variabilidad de los signos.										
Control de soluciones de infusión continúa.										
Medicación.										
Higiene y confort.										
Higiene bucal.										
Selección de materiales e insumos a utilizar en las curaciones.										
Tipo de curación posterior a evaluación médica.										
Registro de datos según normas éticas y legales.										

Fuente: producción propia.