

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA QUE PRESTAN CUIDADOS DE ATENCIÓN DIRECTA EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS QUEMADOS, HOSPITALIZADOS EN LA
UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS JOSÉ MANUEL
DE LOS RÍOS EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2007.**

**(Trabajo Especial de Grado como requisito para optar
al Título de Licenciatura en Enfermería)**

Autores:

Gomez Jarolina
Quintero Carolina
Larralde Charlotte

Tutor: Dr. Contrera Freddy

Caracas, Enero de 2008

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA QUE PRESTAN CUIDADOS DE ATENCIÓN DIRECTA EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS QUEMADOS HOSPITALIZADO EN
LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS JOSÉ MANUEL
DE LOS RÍOS EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2007.**

(Trabajo Especial de Grado como requisito para optar
al Título de Licenciatura en Enfermería)

TABLA DE CONTENIDO

	p.p
LISTA DE CUADROS.....	vi
DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO.....	xi
APROBACIÓN DEL JURADO	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULOS	
I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	17
1.2 Objetivo de estudio.....	26
1.2.1 Objetivo general.....	26
1.2.2 Objetivos específicos.....	26
1.3 Justificación.....	27
II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio.....	29
2.2 Bases teóricas.....	33

2.2.1	Generalidades sobre las quemaduras.....	33
2.2.2	Cambios sistémicos inducidos por las quemaduras	45
2.2.3	Valoración inicial del paciente con quemaduras.	51
2.3	Sistema de variables.....	78
2.4	Operacionalización de variables.....	79
III	DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1	Tipo de estudio.....	81
3.2	Diseño de Investigación.....	82
3.3	Población y muestra.....	83
3.4	Método e instrumento de recolección de datos... ..	84
3.4.1	Confiablez y validez.....	85
3.5	Procedimiento para la recolección de la información	87
IV	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1	Presentación de los resultados.....	88
4.2	Análisis e interpretación de los resultados.....	89
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	

5.1 Conclusiones.....	97
5.2 Recomendaciones.....	99

VI LA PROPUESTA

Introducción.....	100
Fundamentación.....	101
Misión.....	103
Visión.....	103
Propósito.....	104
Sinopsis de contenido.....	105
Programa educativo.....	107

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	115
--	------------

ANEXOS

A INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	120
B CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	129
C VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	131

LISTA DE CUADROS

CUADRO	p.p
1 Regla de los nueve de wallace.....	39
2 Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Generalidades sobre las quemaduras y sub-indicadores: Clasificación Básica y Profundidad y Extensión en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.	89
3 Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Cambios sistémicos inducidos por las quemaduras y sub-indicadores: Sistema Neurológico y Respiratorio en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.	90
4 Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Cambios sistémicos inducidos por las quemaduras y sub-indicadores: Sistema Endocrino, Gastrointestinal y Renal en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.	91
5 Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Fase de Reanimación y Cuidados Básicos en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.	92

6	Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Analgesia y Sedación al dolor y Soporte Nutricional en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.	93
7	Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Signos de Infección de la Herida en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.	94
8	Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Tratamiento Tópico de la Herida en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos	95
9	Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Estrés Post-Traumático en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.	96

DEDICATORIA

Dedico de corazón esta tesis a Dios primero que nada, ya que por el tengo la familia que poseo y gracias a él y ellos soy quien soy hoy en día, por lo que se me ha hecho posible llegar a donde he llegado.

Dedico también esta tesis a mi familia natural, política, mil gracias a todos de corazón y a ti Rafael quien has sido la persona que ha estado a mi lado durante todo este tiempo, gracias a ti y a tu familia.

Charlotte Larralde.

DEDICATORIA

Le e de dedicar este trabajo especial de grado a mi mamá Maria Otilia ya que por su fortaleza, motivación y apoyo ha sido un impulso para mi seguir adelante con los estudios en cada etapa de mi vida. “No te rindas”

A mi hermana Julithza que constantemente ha estado allí ayudándome en los momentos más necesitados.

A mi papá Carlito! te quiero mucho, también persistentemente me a orientando y aconsejando en los estudios y de las circunstancias de la vida.

A mis amistades más allegados, que siempre han estados en el mismo lugar cuando los e buscado. Han sido de gran apoyo en los momentos difíciles.

Carolina Quintero.

DEDICATORIA

En primera personal a Dios que siempre ha sido mi bastón y mi palanca para seguir adelante en todas las metas que me he trazado en el transcurso de mi vida.

A mi madre, mami, mi Hermana Penélope, Hermana Corina quienes me apoyaron incondicionalmente, brindándome todo su apoyo, ayuda en la realización de mi vida como estudiante.

A mis compañeras de trabajo, por préstame todas su colaboración y apoyo en la realización de esta investigación.

A mis compañeras de esta investigación con quienes compartir alegrías, éxitos, rabias y emociones encontradas en cada una de nuestra vivencia juntas, siempre trataremos de ser buenas amigas y apoyarnos mutuamente en esta etapa de superación que vivimos juntas.

A mi Jefa Sr. Marta Cecilia Gómez y Dr. Gustavo Martínez Por ser como son, siempre con sus buenas disposiciones prestándome sus ayudas, siempre con su sonrisa de ánimo, con su espíritu de superación en cada momento, con persecución del saber.

Al Hospital de Niño “J. M los Ríos” por ser la institución que me abrió la puertas para la realización de mi trabajo de grado

Jarolina Gómez

AGRADECIMIENTO

A la Licenciada Soraya Yépez, asesora experta en quemaduras del Hospital de niño J M de los Ríos, por su atención, apoyo y colaboración en este trabajo de investigación.

Al Doctor Freddy Contreras por habernos admitido y orientado en la realización de este estudio.

Al Licenciados Luís Amaro, asesor experto en áreas críticas del Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelos", por su apoyo en dicha investigación.

Al personal de enfermería que labora en el área de emergencia del hospital de niño J M de los Ríos por su colaboración y atención en el momento de la aplicación del instrumento.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**



**ACTA
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

Programa Educativo dirigido a los profesionales de enfermería que prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados hospitalizados en la unidad de Emergencia del Hospital de niño José Manuel de los Ríos durante el cuarto trimestre del año 2007.
Presentados por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres:	<u>Gómez Jarolina</u>	C.I. No.	<u>17.116.762</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Larrealde Charlotte</u>	C.I. No.	<u>15.1166.631</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Díaz Carolina</u>	C.I. No.	<u>14.480.793</u>

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

Deciden: Aprobación

En Sebucan, a los 15 días del mes de Enero de 2008

Jurados.

[Signature]
Prof. Dr. María Ana Hordilla
C.I. N° 3532851

[Signature]
Prof. María de los Angeles
C.I. N° 10322020

[Signature]
Prof. Freddy Contreras
C.I. N° 9217258

Va sin enmienda
EFG/mm.-



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA QUE PRESTAN CUIDADOS DE ATENCIÓN DIRECTA A
PACIENTES PEDIÁTRICOS QUEMADOS HOSPITALIZADOS EN LA
UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE NIÑO JOSÉ MANUEL DE
LOS RÍOS DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2007**

Trabajo Especial de Grado

Autores:

Gómez Jarolina.

Larralde Charlotte.

Quintero Carolina.

Tutor: Dr. Contreras Freddy

Año: 2007

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación plantea como problema primordial la factibilidad del diseño de un Programa Educativo dirigido a los profesionales de Enfermería que prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados hospitalizados en la unidad de Emergencia del Hospital de niño José Manuel de los Ríos. El estudio se realizó en el servicio de Emergencia de la institución mencionada. Los objetivos fueron identificar cual es la información que posee el profesional de enfermería sobre los cuidados que se prestan en los pacientes pediátricos quemados en la unidad de Emergencia, elaborar un Programa Educativo dirigido a los profesionales de enfermería que prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados hospitalizados en la unidad de Emergencia. Teóricamente el estudio se sustenta de investigaciones previas que se relacionan con el tema, además de un basamento teórico relacionado a la materia en cuestión. El estudio es un Proyecto Factible, con un diseño de campo, la población es finita y estuvo constituida por 30 enfermeras que labora en la unidad de Emergencia de dicha institución; el método e instrumento de recolección de datos fue el cuestionario tipo prueba de conocimiento; el análisis de los datos se realizó mediante una estadística descriptiva porcentual y luego se establecieron correlaciones; los resultados demostraron que la propuesta de un Programa Educativo para la prestación de cuidados de enfermería en pacientes pediátricos quemados servirá de herramienta para brindar cuidados óptimos, actualizados y precisos en la atención de los pacientes a fin de conseguir la pronta recuperación de aquellos niños que presenten estas lesiones

INTRODUCCIÓN

Las Quemaduras son lesiones que afectan la integridad de la piel, debido al contacto directo a temperaturas altas, y el tiempo de exposición que dure esta interacción. Dichas lesiones pueden ser leves, moderadas o severas, según la extensión y la profundidad del área afectada, provocando de este modo alteraciones sistémicas en el organismo humano.

El paciente quemado amerita cuidados propios en cada caso. Cabe destacar la importancia de realizar un Programa Educativo dirigido a los profesionales de enfermería que prestan cuidados de atención directa en pacientes pediátricos quemados en la unidad de Emergencia del Hospital José Manuel de los Ríos ubicado en la ciudad de Caracas, ya que este estudio permitirá al profesional de enfermería que labora en el servicio de la Emergencia de dicha institución obtenga conocimientos más precisos y actualizados en cuanto a la atención de estos pacientes. Así, como también se desea que el profesional de salud obtenga una mejor capacidad de prestar cuidados óptimos con el fin de conseguir la pronta recuperación de aquellos niños que presenten estas lesiones.

El informe final se presenta en seis capítulos:

Capítulo I: El Problema, se describe el motivo de la investigación y se plantean las interrogantes, se fijan los Objetivos general y específicos donde se delimita las acciones de la investigación y la Justificación que haba de explicar la importancia en la que se quiere realizar la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, se plantea los Antecedentes recopilando investigaciones previas acerca del tema tratado, se establece las bases documentales de la investigación, en especial se ha de mencionar la Teoría de Enfermería que sustentará el tema de investigación y por último, la presentación de la variable de la investigación y su cuadro de operacionalización.

Capítulo III: Marco Metodológico, marca el curso investigativo del Trabajo especial de Grado, define así mismo su tipo, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y manejo de la información.

Capítulo IV: Análisis de resultados, presentan los datos recopilados durante el trabajo de campo, clasificados, tabulados y analizados en forma cuantitativa y cualitativa según el diseño del instrumento.

Capitulo V: presenta las conclusiones y recomendaciones inherentes al estudio realizado.

Capitulo VI: La propuesta presenta la introducción, la fundamentación, la misión, visión, el propósito, el sipnosis de contenido y el programa educativo.

CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las quemaduras son un trauma muy severo. Además, del daño que ocasiona en la piel, producen significativas alteraciones sistémicas, por lo que cabe decir que, la sobrevivencia del paciente quemado, va a depender de la extensión del área afectada y la profundidad de las mismas.

Según Zapata- Sirvert (2000) define que “*las quemaduras* son lesiones producidas en la piel y mucosa por las acción de diversos agentes físicos, químicos o biológicos, que provocan alteraciones estructurales que van desde el simple enrojecimiento hasta su destrucción total”. (Pág. 10)

Por lo antes mencionados, se señala, que dependiendo de la severidad de las quemaduras las personas afectada por estas lesiones son considerados pacientes críticos, ya que necesitan de cuidados especializados e individualizados en pro de su bienestar emocional y físico, así como también de un control estricto de estas heridas para evitar las

infecciones, que pueden provocar el deceso del paciente que se esté tratando.

Domínguez, Gómez y Bermúdez (2006) señalan que; por ejemplo:

En Estados Unidos más de un millón de personas sufre quemaduras cada año y se estima que 5.500 mueren anualmente por quemaduras en dicho país. También hay registros Canadienses que indican que el 22,5% de pacientes por 100.000 habitantes, son quemados. Otras incidencias que se pueden mencionar es la de España, se estima que por cada 100.000 habitantes alrededor de 3000 personas sufren cada año de quemaduras que requieren atención médica. (www.tratado.unimet.eduv/indice)

Es importante resaltar que actualmente los países mencionados han hecho esfuerzos para crear unidades de quemados o estructuras específicas, dotadas con un personal especializado conformado por un equipo multidisciplinario como: cirujanos, fisiatras, anestesiólogos, intensivistas y enfermeras, todos en pro de aumentar la calidad de los cuidados a pacientes con quemaduras.

Es por ello, que la atención que se presta al paciente quemado en Venezuela, se encuentra limitada a unos pocos centros de salud. En el país, solamente se cuenta con tres unidades de quemados, los cuales son: Hospital “Coromoto” de Maracaibo estado Zulia, Hospital Militar *Dr. Carlos*

Arvelo en la ciudad Caracas- Distrito Capital y el Hospital Central de San Cristóbal estado Táchira.

La carencia de unidades especializadas para tratar la demanda de este tipo de pacientes en la ciudad de Caracas (específicamente en el Hospital José Manuel de los Ríos ubicado en la avenida Vollmer de San Bernardino) , ha provocado que los casos presentados por lesiones de quemaduras sean remitidos a otras unidades con la finalidad de practicarles las curas preventivas para mantener al paciente en una condición estable y posteriormente ser hospitalizados en la unidad de Cirugía Plástica, que es la unidad en el Hospital José Manuel de los Ríos que funge como módulo para la atención de pacientes con quemaduras.

En esta institución, es el servicio de Cirugía plástica es el que atiende este tipo de patología desde hace quince años. EL servicio de Cirugía plástica ha fusionado recursos con la unidad de Terapia Intensiva para lograr la disminución de mortalidad en casos de quemaduras. Para el primer semestre del año 2007 sus estadísticas basadas en epidemiologías de niños quemados fueron de: 1506 niños, de los cuales 35 fallecieron (que es el 2,32%), por lo que la mortalidad total fue de 41 casos (2,72%).

A raíz de esta situación las instituciones de Salud en Venezuela, y en especial, el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos, presenta con urgencia la necesidad de estructuras acondicionadas y especializadas para ofrecer los cuidados óptimos que requieren estos pacientes pediátricos con lesiones por quemaduras, que deben de estar en comunión de un equipo multidisciplinario especializado, como lo son los profesionales de enfermería, los cuales deben capacitarse en el manejo de estos pacientes. Es el profesional en enfermería el que se dedica a la atención primaria y cuidados posteriores del paciente hasta que egresa de la institución.

Es importante insistir en que en el Hospital de Niño, hubo la posibilidad de observar de la falta de disponibilidad de una unidad de quemados estructurada para tal fin, por lo que han requerido estos lesionados por quemaduras ser atendidos en el servicio de Cirugía Plástica, ubicado en el piso 6, torre de hospitalización, y que el mismo se encuentra habilitada con doce (12) camas, pero con poca disponibilidad de hospitalización para la atención de los mencionados pacientes.

Los pacientes pediátricos con quemaduras son recibidos inicialmente en la Unidad de Emergencia, donde serán evaluados para verificar la severidad de la quemadura. Luego de esta evaluación son referidos a la Unidad de Cirugía Plástica, siempre y cuando ameriten ser referidos y exista la

capacidad para ser hospitalizado en la mencionada Unidad. Si no hay disponibilidad de hospitalización en la Unidad de Cirugía Plástica, estos pacientes quedan reclusos en la Unidad de Emergencias, donde serán atendidos y se les proporcionará la atención primaria y los posteriores cuidados que ellos necesiten hasta su traslado a la unidad de Cirugía Plástica nuevamente.

Se puede mencionar que la Unidad de Emergencia en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos aparte de ser un área de shock es una Unidad de Hospitalización. Cabe destacar que el área de shock es donde el paciente se les proporciona los primeros cuidados y donde se determina si el paciente debe ser ingresado o puede retirarse a su casa con un debido tratamiento que debe ser indicado por el médico y que requiere y puede ser cumplido en el hogar. Siendo esta Unidad de Emergencia una potencial Unidad de Hospitalización los pacientes reclusos en dicho servicio pueden durar desde semanas hasta meses debido a la carencia de insumos, estructuras físicas, equipos médicos e inclusive la falta de personal especializados para cubrir la demanda de los pacientes pediátricos con quemaduras. Es importante señalar que existe personal plenamente capacitado para asistir a estos pacientes lesionados, pero no son suficientes para cubrir todos los pacientes con necesidad de atención, sin embargo dichos profesionales hacen lo

humanamente necesario para mantener a los pacientes de la Unidad lo mejor atendido posible.

La unidad de Emergencia del Hospital José Manuel de los Ríos, cuenta con cinco ambientes, que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Cuarto 1: Rehidratación,

Cuarto 2: Cuidados Intermedios,

Cuarto 3: Aislamiento inverso o patologías diversas,

Cuarto 4: Pacientes Críticos.

Cuarto 6: Área de Choque.

Son estas las razones por lo que se propone un Programa Educativo dirigido a los Profesionales de Enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia del Hospital José Manuel de los Ríos, ya que estos pacientes quedan hospitalizados en esta Unidad y los profesionales de enfermería se limita a realizar los cuidados primordiales requeridos en esta Unidad, como centrar su atención en satisfacer las necesidades básicas tales como: Alimentación, higiene, administración de tratamiento, obviando aspectos fundamentales en la atención de estos pacientes como son: la monitorización continúa de los signos vitales, control de líquidos, control de infección, tratamiento tópico, entre otros factores de relevancia.

El profesional en enfermería también tiene como misión dialoga con el paciente, brindándole apoyo emocional y psicológico con la ayuda de especialistas ya que en esta circunstancia el paciente, vive la etapa de aceptación y negación, lo que es el llamado Estrés Posttraumático, y la recuperación-Rehabilitación de sus cicatrices para volver a la sociedad, la comunidad y familia.

De allí pues es que se plantean la posibilidad y la necesidad de formar e incentivar a los profesionales de enfermería a realizar cursos, seminarios, investigaciones, y estudios en su totalidad con respecto al cuidado, tratamiento y atención a pacientes pediátricos quemados.

Por tal motivo es de relevancia expresar que estas afecciones ocasionan daños locales o sistémicos de diferentes magnitudes en el organismo humano y que en la actualidad varios países latinoamericanos y europeos han tratado de implementar los llamados planes estandarizados del paciente quemado, pero no han sido favorables porque no se ha logrado identificar todas las acciones o actividades que se realiza con este tipo de pacientes, ya que el tratamiento o cuidado de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del mismo a fin de incluir una recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo.

Es por tal razón, que se realizará un programa educativo dirigido a los profesionales de salud, en donde se habrán de reunir las intervenciones de enfermería que se han aplicado en el paciente pediátrico quemado, es decir, como: los cuidados hospitalarios, los procedimientos para la realización de las curas, manejo de infección-dolor, el apoyo emocional y psicológico, entre otros. Por lo que cabe decir, que se desarrollara la conceptualización de un conjunto de principios y métodos como en una estrategia global, para conseguir la dinámica de una organización, la satisfacción en la interrelación del profesional de enfermería hacia el paciente y la pronta recuperación e integración del individuo a la sociedad.

En consecuencia de lo anteriormente señalado se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los conocimientos que posee el profesional de enfermería sobre los cuidados que se presta a los pacientes pediátricos quemados?

¿Existe la posibilidad de diseñar un programa educativo para ofrecer información a los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de emergencia del hospital de niño?

Estas interrogantes orientaron a formular el problema de investigación:

¿Es factible el diseño de un Programa Educativo dirigido a los profesionales de Enfermería que prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados, hospitalizados en la unidad de emergencia del Hospital de Niño José Manuel de los Ríos en el Cuarto trimestre del 2007?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVETIGACIÒN

1.2.1 Objetivo General

Diseñar un Programa Educativo dirigido a los profesionales de Enfermería que prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados, hospitalizados en la unidad de emergencia del Hospital de Niño José Manuel de los Ríos en el Cuarto trimestre del 2007.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar cual es la información que posee el profesional de enfermería sobre los cuidados que se prestan en los pacientes pediátricos quemados en la unidad de emergencia.
- Elaborar un Programa Educativo dirigido a los profesionales de Enfermería relacionado a la prestación de cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados.

1.3 Justificación

La inquietud que conduce a realizar un programa educativo en la prestación de cuidados a pacientes pediátricos quemados, es con el fin de que el profesional de enfermería que labora a diario en la unidad de emergencia, fortalezca los conocimientos a través de este instructivo y tenga en particular un concepto más claro y preciso de estos procedimientos al momento de interactuar con un paciente pediátrico quemado.

En el ámbito institucional, especialmente para el área de emergencia, su importancia radica en brindar herramientas que se convierta en habilidades o estrategias, para que el profesional de la institución, pueda ayudar a mejorar los cuidados por medio de la educación, actualización y capacitación, ya que se le brindara la información necesaria sobre el problema que afecta a los pacientes quemados.

Se puede resaltar que este estudio es importante para la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, porque avalará la investigación, tendrá gratificación en pro de la educación impartida y se podrá aumentar la calidad de los cuidados de enfermería a pacientes delicados como son los pacientes pediátricos quemados.

Es importante para los investigadores realizar este estudio, ya que se ha observado que enfermería necesita centrar su atención en lo que refiere a cuidados en pacientes pediátricos quemados, por lo que permitirá a los autores profundizar en el tema y adquirir los conocimientos precisos, para que de este modo se pueda brindar la orientación a los colegas, y que de este modo, los mismos, implemente en su práctica diaria las nuevas tendencias, la alta tecnología, para ofrecer mejores cuidados aumentando en calidad del tratamiento y obtener la recuperación-rehabilitación óptima y la satisfacción de estos pacientes.

También traerá beneficio para el paciente que presente este tipo de lesión en la unidad de Emergencia, ya que el cuidado que se le preste se procederá de forma eficiente, debido a que el profesional de enfermería se encontrará más preparado para atender estas incidencias.

Este estudio contribuirá a acrecentar los conocimientos, y dará soluciones a los problemas que se manifiesten en la unidad de Emergencia, asimismo, favorecerá a todos aquellos estudiantes de enfermería que durante su fase de aprendizaje, en las pasantías académicas se instruirán de estos procedimientos y cuidados para ponerlos en práctica en su área de trabajo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Goyo, M González, O Morillo, R y Jiménez, A (1999) realizaron una investigación titulado **“Quemaduras ¿Un juego de niños?** Los objetivos trazados fueron: Evaluar las frecuencias de las quemaduras como motivo de consulta en la emergencia del hospital. Destacar los factores de riesgo en el Municipio Sucre, para este tipo de accidentes. Presentaron un estudio retrospectivo descriptivo y de campo, llevándose a cabo en el hospital “Pérez de León” de Caracas, Servicio de pediatría. Como resultado se demostró que el total de pacientes atendidos fue de doscientos siete, los grupos más afectados fueron: El preescolar con ochenta y siete, de ellos el sexo masculino fue él más comprometido con 117 casos, la procedencia urbana ocupa el primer lugar con 103 pacientes. A pesar de una gran población rural, los agentes etiológico fueron: los líquidos calientes, con 147 casos siendo el lugar más frecuente la cocina con 191 pacientes. La mortalidad alcanzo el 4,3 % es decir 9 pacientes, este estudio refleja que las quemaduras se producen más frecuente en el hogar específicamente en la cocina, siendo los agentes causales predominantes los líquidos calientes.

Este tipo de lesión afecta a los varones de 6 años y produce una baja mortalidad.

Yépez, S Velásquez, Z (2000) Presentaron un trabajo titulado: **“Información a los padres sobre prevención de complicaciones en pacientes quemados menores de diez años”**, hospitalizados en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital “José Manuel de los Ríos”. El objetivo formulado es: Ejecutar un programa dirigido a los padres sobre prevención de complicaciones en pacientes quemados menores de diez años. El método utilizado es de tipo descriptivo cuasiexperimental, con un diseño de campo; la población y muestra estuvo constituida por treinta padres de niños menores de diez años hospitalizados en la institución objeto del estudio. Los resultados demostraron que un Programa Educativo en prevención de complicaciones en pacientes quemados menores de diez años, incremento notablemente la información que los padres deben tener sobre las consecuencias de las quemaduras y su rehabilitación, luego de su asistencia al Programa Educativo prediseñado.

Flores, M (2000). Presentaron un trabajo de investigación titulado: **Calidad de los Cuidados de Enfermería en la atención de los pacientes quemados** en la unidad de Cirugía y traumatología del Hospital “Dr. Luís Razetti” del estado Barinas. El objetivo formulado es: Determinar la calidad

de los Cuidados de Enfermería en la atención al paciente con quemaduras

En el presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de determinar la calidad de los cuidados de enfermería en la atención al paciente quemado en su dimensión de satisfacción de necesidades básicas y seguridad ambiental. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo, la población estuvo representada por ocho enfermera de atención directa. Los resultados de las características estudiadas demuestran que la atención que dan las enfermeras para satisfacer necesidades básicas y proporcionar seguridad ambiental al paciente quemado no es completa ya que la mayoría de los ítems representan menos del 50% en atención, así como en la no satisfacción de descanso representado en un 100%.

Blanco, R (2002). Presentaron un trabajo de investigación titulado **“Intervención de la enfermería en el cuidado inicial del usuario con lesiones de quemaduras”**. Llevándose a cabo en el área de emergencia de la unidad de salud ocupacional de CVG Alcasa en Guayana. El objetivo formulado es: Determinar las intervenciones de la enfermera en el cuidado inicial del usuario con lesiones de quemaduras. El método utilizado fue el tipo descriptivo y prospectivo utilizando la evaluación de datos un instrumento tipo encuesta dirigido a 8 T.S.U en Enfermería. El resultado obtenido determina que la incidencia de este personal que labora en el servicio de la emergencia

requiere adiestramiento en el servicio para el manejo de usuarios, observándose que en el mismo desconocen la clasificación de las quemaduras como tal.

Cáceres, K (2005) Presentaron un trabajo de investigación donde se realiza una **Guía de orientación sobre el cuidado a paciente en la etapa preoperatorio dirigido al personal de enfermería** llevándose a cabo en los servicios de Cirugía I y II del hospital José María Vargas. El objetivo formulado es: Elaborar una guía de orientación sobre el cuidado del paciente en la etapa preoperatorio, dirigida al profesional de enfermería. El método utilizado es proyecto factible, apoyado de una investigación de campo tipo descriptivo. La población objeto de estudio estuvo conformado por treinta y tres profesionales de enfermería que labora dentro de los tres turnos. la muestra seleccionada fue el 100% de la población. Los resultado evidenciaron que un alto porcentaje de los profesionales de enfermería cumplen parcialmente con los cuidados en la preparación física de los pacientes quirúrgicos, así mismo se evidencio que un alto porcentaje de los profesionales de enfermería brinda una escasa orientación a los familiares de los pacientes quirúrgicos sobre el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

2.2 BASES TEÓRICAS:

2.2.1 GENERALIDADES SOBRE QUEMADURAS

Las bases aplicadas a esta investigación suministrarán una amplia variedad de autores, basado en el campo de conocimientos teóricos-prácticos como a continuación según Cela, J (2006) la describe de la manera siguiente:

Las quemaduras es la lesión que sufre el organismo por la elevación de la temperatura causada por un agente físico, químico o eléctrico. La lesión será de diferente magnitud en función de la temperatura y el tiempo de actuación del agente que la provoca. (Pág. 22).

En este sentido las quemaduras destruyen la integridad de la piel, por actos negligentes del individuo, por la causa de estas incidencias la han de tener de distintos agentes (calor, frío, productos químicos, electricidad o radiaciones como la luz ultravioleta o infrarroja). Asimismo, se puede acotar que las quemaduras son heridas que poseen características tridimensionales, es decir, que una quemadura presenta en el mismo plano, extensión y profundidad. La severidad y el pronóstico, dependerán de la gravedad de estas dos variables y su interacción con el individuo.

Fernández, J (2006) acota que “Las injurias pueden ocasionar un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular, esto es debido a un aumento de la permeabilidad vascular”. www.secpre.org.

Igualmente la evolución del paciente quemado depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, influyendo en el tipo de paciente (edad y patologías previas) y la calidad de tratamiento en la etapa aguda. La regla primordial en el tratamiento de emergencia del quemado es olvidarse de la quemadura y valorar el estado general del paciente.

Para realiza primera valoración, es importante que el personal pueda identificar los agentes causales de las quemaduras que son extremadamente variados y se agrupan en tres categorías principales: quemaduras térmicas, químicas y eléctricas.

A continuación se han de describir los agentes causales, los cuales son considerados como la clasificación básica de las quemaduras. Según Domínguez, R (2006) define que:

Las quemaduras térmicas, las más frecuentes (> 90 % de los casos), se clasifican en tres subgrupos:

- a) Quemaduras por contacto, que a su vez pueden ser con un sólido caliente (en general limitadas aunque profundas) o con un líquido caliente (extensas pero algo menos profundas)
- b) Quemaduras por llama (mas o menos extensas, pero casi siempre profundas) que, cuando se producen en espacios cerrados se asocian a menudo a lesiones pulmonares por inhalación de humos o sustancias tóxicas producidas en la combustión
- c) Quemaduras por radiación, fundamentalmente por los rayos ultravioleta tras exposiciones solares, también por radiaciones ionizantes. www.tratado.unimet.edu

Con referencia a lo anteriormente citado se puede considerar que dentro de la clasificación las quemaduras térmicas en su mayoría de los agentes que la misma describe tienden a producir heridas profundas y que las lesiones provocadas por las radiaciones suelen ser leves. Continuando con la clasificación que describe Domínguez, R (2006) refiere:

Las quemaduras químicas se pueden clasificar en:

- a) Quemaduras por ácidos, generalmente limitadas y de profundidad media siempre que hayan sido precozmente lavadas de forma abundante
- b) Quemaduras por bases o álcalis, más profundas que las producidas por ácidos y generalmente evolutivas. www.tratado.unimet.edu

En referencia a la clasificación anterior, se ha de entender que las quemaduras por sustancias acidas o alcalinas, ambas han de provocar lesiones una menos profundas que la otra, por lo que se puede entender que

las lesiones producidas por sustancias alcalinas han de ser más severas.

También Domínguez, R (2006) define dentro de la clasificación:

Las quemaduras eléctricas pueden ser de dos tipos: Quemaduras por flash eléctrico y quemaduras con paso de corriente a través del cuerpo. En las quemaduras por flash eléctrico, cuando no existe paso de corriente a través del organismo, al producirse un cortocircuito, se producen temperaturas muy altas (hasta 3000° C) de muy corta duración (milisegundos); la lesión es bastante superficial y afecta a las superficies corporales expuestas (cara, manos).

www.tratado.unimet.edu

Las quemaduras por paso de corriente a través del organismo, son lesiones muy profundas, en las que el porcentaje de superficie corporal quemada no es indicativo del daño real, sino que existen lesiones musculares, óseas, tendinosas, nerviosas y vasculares graves de la extremidad afectada; estas pueden asociarse a lesiones por electrocución.

De esta manera se acota la relevancia de examinar la quemadura, para detectar en que zona específica se encuentra dicha lesión, para así determinar la gravedad, profundidad y el tipo de tratamiento a realizar. Por lo cual, es importante la evaluación minuciosa de la profundidad de las injurias, ya que es un factor primordial en el tratamiento de la lesión.

Según Domínguez, R (2006) explica que “la profundidad de la injuria cutánea se clasifica como primero, segundo y tercer grado, en ocasiones hasta un cuarto grado”. www.tratado.unimet.edu. Las injurias vienen siendo las lesiones o heridas provocadas por las quemaduras. Dentro de la clasificación según la profundidad de las quemaduras también Domínguez, R (2006) a de describirlas:

Las quemaduras Grado I o superficiales son las mas leves, y casi siempre se deben a exposición solar. Se manifiestan en forma de eritema por lo que lo que suelen ser ligeramente dolorosas, debido a la irritación de las terminaciones sensitivas la cual produce un edema intersticial. www.tratado.unimet.edu

Se puede decir que este tipo de quemaduras no se forman ampollas, pocos días después aparece la descamación, y se cura se aproximadamente al cabo de 3-4 días, sin dejar cicatriz.

Citando a Santos, C (2006) expresa que de las quemaduras de segundo grado han de ser de dos tipos:

Las quemaduras de Grado II tipo superficial, afectan hasta el dermis papilar y se caracterizan por la existencia de ampollas debidas al exudado producido tras la lesión vascular. Al igual que las quemaduras superficiales suelen ser dolorosas. **En las quemaduras de Grado II tipo profundo**, afectan al dermis reticular, el aspecto de la piel es de color rojo-pálido, y son indoloras debido a la afectación total y destrucción de las terminaciones nerviosas. Tardan en curar entre 3 y 4 semanas, con reepitelización desde los anejos. www.anamet.gov.ve.

Antes la descripción planteadas sobre las quemaduras de segundo grado se verifica que estas lesiones pueden ser una superficial y la otra profunda por lo que es de importancia conocer la diferencias ya que una produce ampollas porque afecta la dermis papilar y la otra producen lesiones en las cuales se observa la piel de color rojo- pálido ya que fue afectada la dermis reticular. También Santos, C (2006) describe:

Las quemaduras de Grado III, afectan a todo el espesor de la piel, y su color es variable, con una consistencia parecida al cartón, inelástica. Debido a la destrucción de las terminaciones nerviosas, este tipo de quemaduras son anestésicas. Las quemaduras de Grado III, no epitelizan. www.anamet.gov.ve.

Se puede mencionar que las quemaduras de tercer grado evidencia una escara seca, blanquecina o negra que puede ser exudativo, las cuales dejan siempre cicatriz en la zona y en la mayoría de los casos requiere injertos cutáneos. Cuando se desea estimar la profundidad de las quemaduras debe recordarse que la lesión puede evolucionar durante las primeras 24-48 horas y que la presencia del edema hace difícil saber a ciertas la profundidad de la injuria.

Según Palma, C (2006) expresa que “**Las Quemaduras Grado IV** afectan a todas las estructuras cutáneas y además a estructuras profundas tales como músculo, huesos”. www.socanestesia.d/index.asp

Profundidad y Extensión de las Quemaduras

De la clasificación anteriormente expuesta, se deduce que es de gran magnitud tener claros los conocimientos en cuanto al reconocer que tipo de quemadura presenta el paciente. Es por eso que es preciso tener en cuenta la identificación de la extensión y profundidad de las mismas, ya que estos dos factores son de gran relevancia en la atención al paciente pediátrico quemado. Por ello es de importancia el realizar una estimación cuidadosa y precisa del porcentaje de superficie corporal afectada por la quemadura. Según Santos, M (2005) señala que:

La regla de los nueve de Wallace es el método mas extendido para el cálculo rápido del porcentaje de superficie corporal quemada En quemaduras poco extensas, se considera que la superficie de la palma de la mano abierta del propio paciente equivale aproximadamente a un 1 % de la superficie corporal”(Pág. 12)

Tabla 1: Regla de los nueve de Wallace.

Cabeza y cuello	9 %
Tronco anterior	18 %
Tronco posterior	18%
Extremidad superior (9 x 2)	18%
Extremidad inferior (18 x 2)	36 %
Área genital	1%

Fuente: Santos, M (2005)

Pero según Fernández, J (2006), explica “que esta regla de los nueve no es válida en niños por su mayor superficie craneal y extremidad inferiores más cortas, utilizándose la clasificación de Lund y Browder”. (Pág. 3)

Por lo que es preciso tener en cuenta esta diferencia, ya que permite conocer las reglas de medición de superficie corporal quemada que se le debe aplicar al adulto y el que se debe emplear en el niño. Debe señalarse, que el porcentaje de superficie corporal quemada no es solamente un factor determinante del pronóstico del paciente pediátrico quemado, sino que también se convierte en un valor importante para la estimación de los requerimientos de fluidos en la fase aguda de las quemaduras graves. También se ha de citar a Garrido, C (2005) el cual acota:

Se debe recordar que las quemaduras menos extensas o menores (15 a 20%) pueden ser serias o incluso fatales en casos de pacientes mayores de 65 años y en niños menores de 2 años, es decir, estos tipos de pacientes son llamados “El Gran Quemado.”
www.cirugest.com

Dichas lesiones en estos grupos etarios los cuales se hicieron referencia, son consideradas quemaduras graves por la cantidad de superficie corporal quemada, por lo que necesitan la aplicación de medidas más exhaustiva para evitar el proceso de conversión, que no es más que el aumento de menor a mayor profundidad que exhibe una quemadura como complicación.

Sobre esta base se considera que este factor de conversión altera el proceso de curación de las quemaduras, convirtiendo en minutos una lesión menor en una de mayor complejidad, ya sea por el aumento de la agresividad del agente causal o de causas externas que acentúan las complicaciones que comprometen la vida del paciente.

Igualmente, para realizar un diagnóstico rápido y seguro sobre este factor, se utiliza actualmente las imágenes obtenidas por Flujiometría Doppler Láser, el cual ha demostrado excelente correlación al lograr una determinación de la profundidad precisa y rápida de las quemaduras con respecto a las demás técnicas empleadas.

Algunas han sido abandonadas y otras aún siguen estudios de correlación de precisión clínica por lo que su utilización todavía se limita a investigaciones científicas.

Alteraciones fisiopatológicas tras las quemaduras

En esta parte de la investigación, se documentó, recopiló y analizó cada una de las bibliografías consultadas de forma panorámica, para realizar con

brevidad y síntesis los efectos o agresiones de las quemaduras en el organismo.

Daño Celular y Patogénesis del Edema

Tras la agresión térmica, se produce una respuesta del organismo directa de los tejidos destruidos de forma continua por la elevación de la temperatura, acompañan una serie de fenómenos inflamatorios y de modificaciones de la permeabilidad capilar que afectan no solamente al tejido quemado o cercano a la quemadura sino, también producen una respuesta sistémica que afecta a todo el organismo.

Uno de los fenómenos iniciales mas destacados en las consecuencias de las quemaduras según Domínguez, R (2006) “es el trastorno de la permeabilidad capilar producida por el efecto directo de mediadores endógenos, sobre las estructuras endovasculares de las zonas quemadas e incluso de los capilares distantes de la zona de quemadura”.

www.tratado.unimet.com

Podemos considerar, entonces, la fase inicial de las quemaduras en el período de las primeras 48 horas. En ese periodo la lesión térmica induce

una alteración de la dinámica capilar que se caracteriza fundamentalmente por el incremento en el trasvase de fluidos y proteínas desde el compartimiento vascular al intersticial. Durante este período, la membrana capilar deja de comportarse como una barrera semi-permeable, permitiendo el trasvase masivo de proteínas desde el compartimiento plasmático al intersticial de la zona quemada. Este trasvase de proteínas se acompaña simultáneamente de una disminución de las proteínas plasmáticas dentro del capilar. Según Domínguez, R (2006) expresa:

El incremento de la concentración de las proteínas intersticiales en la zona quemada origina simultáneamente un aumento de la presión oncótica intersticial que puede llegar a igualarse a la presión coloidosmótica del plasma. Este incremento de la presión coloidosmótica en la zona quemada, junto a la disminución de la presión coloidosmótica plasmática, ocasiona el trasvase de líquido desde el plasma al intersticio de la zona quemada.
www.tratado.unimet.com

De igual forma dicha presión aumenta de forma proporcional a la superficie capilar dañada, produciéndose un aumento considerable del agua intersticial y el desarrollo clínico del edema. La destrucción de la barrera epidérmica favorece también, la pérdida de fluidos desde el compartimiento intersticial de la zona quemada, hacia el exterior proporcional a la extensión de la lesión. Domínguez, R (2006) señala

Diversos autores han cuantificado estas pérdidas destacando las estimaciones de Davies, basadas en estudios experimentales propios, la estimación de las pérdidas por evaporación e insensibles en el paciente quemado puede realizarse mediante la siguiente fórmula: **QEV = 0.35 x SC x SCQ/100**
www.Tratado.unimet.edu/indice/principiosdeurgencia.com

Donde (QEV) representa las pérdidas por evaporación e insensibles en un día en mililitros, 0.35 es un valor constante, (SC) la superficie corporal total en centímetros cuadrados, obtenible a partir del peso y de la altura en un nomograma y (SCQ) es el porcentaje de superficie corporal quemada.

Después de explicar unas series de acontecimientos que suceden durante las quemaduras, como es el edema, hipovolemia secundaria, pérdida de líquido, entre otros factores es de relevancia mencionar los factores, efectos y la respuesta de las quemaduras por sistema del organismo.

Según Palma, C (2004) "Los cambios Sistémicos inducidos por una quemadura pueden dividirse en fase temprana y tardía post-lesión. Es importante la observación de que estos efectos se desarrollen en continuidad con la gama de fisiopatología de las quemaduras". (Pág.10). Las quemaduras producen alteraciones orgánicas provocando un desequilibrio en las funciones de cada uno de los sistemas que conforman al cuerpo humano,

por tal motivo se habrá de describir a continuación por cada sistema los cambios que han de acontecer.

2.2.2 CAMBIOS SISTÉMICOS INDUCIDOS POR LAS QUEMADURAS:

Efectos Neurológicos

Según el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos en su área practica expresa que un 14% de los pacientes pediátricos quemados, asociados a la disfunción como una toxina no identificada, como la causa de encefalopatías posquemadura.

Los cambios neurológicos tempranos se pueden deber a hipoxia, sepsis, desequilibrio electrolítico o efectos neurotóxicos de los humos inhalados. Los efectos posteriores incluyen desorientación persistente, que es agravada por el déficit sensorial concomitante con el curso de la hospitalización prolongada y en cuidados intensivos.

Efectos Respiratorios:

La lesión directa de la vía respiratoria superior, por inhalación de aire seco-caliente da como resultado espasmos laríngeos, edema y

eventualmente obstrucción parcial o completa de la vía respiratoria. El daño térmico directo de la vía respiratoria inferior se ve, por lo general, sólo con la inhalación de vapor, ya que su capacidad de calor es 4.000 veces mayor que la del aire. Según Palma, C (2005) señala:

La inhalación de humo resulta en un trastorno inmediato de la función ciliar, edema de la mucosa e inactividad de surfactante. El epitelio bronquiolar y alveolar se daña, minutos después de la exposición se puede desarrollar broncoespasmo como consecuencia del edema perivascular y bronquiolar.
www.soanestesia.d/intex.asp

Estas lesiones inflamatorias progresan en las primeras 24-48 horas, y pueden ser asintomáticas hasta generar un estrechamiento crítico de la vía aérea. La asociación de quemaduras en cara y cuello y con reposición agresiva de fluidos en otras áreas favorece formación de edema y distorsiona la anatomía de la zona incrementando el riesgo de obstrucción. Asimismo los efectos de la inhalación no se limitan al pulmón sino que repercute sobre toda el organismo humano. También Domínguez, R (2006) señala:

La primera prioridad en el tratamiento de la lesión por inhalación es el control de la vía aérea. Son indicaciones de intubación la presencia de estridor o signos-síntomas iniciales de obstrucción de la vía aérea, quemaduras en superficies mucosas, quemaduras de tercer grado en labios-nariz y/o cuello y quemadura facial con deterioro del nivel de conciencia.
www.Tratado.unimet.edu/indice/principiosdeurgencia.com

El tratamiento de la lesión pulmonar por inhalación es fundamentalmente de soporte, y está guiado por la severidad de la insuficiencia respiratoria resultante. Inicialmente todo paciente con lesión por inhalación debe recibir oxígeno al 100%, para lograr una correcta humidificación de los gases inhalados para evitar la sequedad de las mucosidades, y una exquisita limpieza bronquial, con aspiración frecuente de secreciones. Igualmente si paciente amerita ventilación mecánica, el uso de Presión positiva al final de inspiración (PEEP) se ha generalizado en los pacientes pediátricos quemados con inhalación por sus efectos beneficiosos para disminuir el colapso alveolar.

Efectos Endocrinos-Metabólicos:

La respuesta metabólica tras la quemadura, mediada, en parte por el contexto hormonal, se caracteriza, en líneas generales, por un hipermetabolismo, una importante disminución del contenido proteico corporal, y un incremento de los requerimientos energéticos. Tras el periodo inicial de shock, aparece una respuesta de estrés metabólico, inducida por liberación masiva de mediadores junto con una respuesta hormonal frente a la agresión térmica produciendo un aumento del gasto energético y del catabolismo proteico mayor. El paciente quemado necesita de energía y trata de echar mano a los depósitos de aminoácidos, lípidos y carbohidratos.

Efectos Gastrointestinales

En los pacientes quemados graves es frecuente enfrentarse al temor a la hemorragia digestiva (entre un 10 y 20%). Las úlceras de Cusling son múltiples erosiones en el fondo gástrico cuyo mejor tratamiento es la prevención por lo que durante años se ha usado el control farmacológico de la secreción gástrica de ácidos como regla en todos los pacientes graves.

Ocasionalmente nos vemos enfrentados a ulceraciones que, según Palma, C (2005) “son llamadas Cusling, que son lesiones profundas, únicas o varias, ubicadas en la región antro duodenal, en las que habría sido útil el control de la hiperclorhidria”. www.socanestesia.com.

Para controlar el problema de las úlceras de Cusling, que por crisis de perfusión de la mucosa digestiva, se emplea la realimentación temprana y la optimización de la perfusión, que además son importantes en el control de la traslocación bacteriana, evitando así que el inicio de una sepsis sea el tubo digestivo.

Efectos Renales

La caída brusca en el gasto cardíaco y el volumen plasmático se acompañan de un aumento en las catecolamina plasmáticas, renina y

concentraciones de hormona antidiurética; todos actúan en la disminución del flujo sanguíneo renal. No es sorprendente observar varios grados de necrosis tubular aguda, presentándose oliguria y algunos casos de anuria. Según Palma, C (2005) señala:

Durante las primeras 48 horas post-quemadura se eleva el índice de filtración glomerular y aumenta rápidamente cuando el gasto cardíaco alcanza niveles por arriba de lo normal, el aumento en la filtración glomerular, el trastorno tubular puede estar todavía presente, como lo prueba la incapacidad para concentrar orina aun con un cuadro hiperosmolar. www.socanestesia.com

Aunque en esta fase se secreta hormona antidiurética, la respuesta renal puede ser ineficaz. Por lo tanto, la función renal, que sólo se valora mediante el volumen urinario (poliuria), puede enmascarar un estado hipovolémico.

La evaluación del paciente pediátrico quemado debe seguir diferentes lineamientos en relación a la reanimación progresiva que se le va a realizar al paciente al ingresar a la emergencia debe ejecutarse una valoración primaria rápida y objetiva de la magnitud del trauma., comenzando por el ABC: Primero una evaluación de la permeabilidad de las vías aéreas, segundo estabilizar al paciente desde el punto de vista hemodinámica, posteriormente

se debe realizar una evaluación secundaria sobre los diferentes órganos y sistemas a fin de descartar cualquier trauma asociado.

En cuanto al profesional de enfermería, el mismo, debe manejar de forma precisa los cambios que se producen a nivel sistémico tras una quemadura, ya que la suma de estos conocimientos permite a la enfermera(o) desenvolverse con mayor facilidad en su campo y en la comunicación con el paciente. Según Hernández, A (2004) expresa:

Los cuidados de enfermería con la persona/cliente, no son un producto tangible, ya que es un servicio que se da en el mismo momento de la interrelación. Este cuidado brindado es complejo, ya que es dado en el momento de la relación” (http://www.AdministraciónServ_Enfermería.com)

Los cuidados que se le prestan al paciente pediátrico quemado es una relación de servicio a las personas, por lo tanto, no se puede medir el producto si no existe esta interacción. Los cuidados ofrecidos por los enfermeros son la respuesta a las necesidades de salud de la población. En la actualidad los nuevos conceptos de salud y enfermedad son otros, que determinan la promoción y fomento de la salud.

Anteriormente, la enfermería era el ayudante del médico, ahora por las demandas adquiridas en cuanto a conocimientos tecnológicos y la capacidad para realizar un trabajo coordinado y cooperador con diferentes equipos y sectores de salud han hecho que la enfermería evolucione proporcionalmente aumentando la participación de este gremio, en lo que respecta a avances científicos por lo que a sido de gran beneficio e importancia en el campo de la salud. Esta participación se le ha de atribuir a los aportes realizados por especialistas en la profesión a través de la implementación de bases teórico-práctica en cuanto cuidados de enfermería fundamentadas desde el siglo XX hasta hoy en día.

2.2.3 VALORACIÓN INICIAL

Haciendo referencia a lo expresado anteriormente, se señala a continuación una amplia gama de cuidados elaborados a la atención de los pacientes quemados en sus diferentes fases de evolución.

Fase de Reanimación:

Santos, C (2005) señala “prioridad del tratamiento es establecer en función características de las lesiones sufridas, la estabilidad de los signos vitales y el conocimiento del mecanismo del accidente son prioritarios” (<http://www.anamet.gov.dol.quemados>)

En referencia a lo citado es de prioridad tener una vía aérea permeable y eficaz, estabilizar la columna cervical, controlar la hemorragia y establecer el control de la vía venosa, son unas de los primeros cuidados que se realizan de entrada a dichos pacientes. Al mismo momento se debe detener el proceso quemante. Durante esta fase se establece claramente la magnitud del daño, la extensión y profundidad de las quemaduras. Se toma las muestras para laboratorios y se realizan Electrocardiograma y la monitorización continua del paciente.

Al tener el control de una vía venosa debe infundir líquido, por lo que se esta ayudando al paciente a la reponer el contenido hidroelectrolítico perdido a consecuencia de la fuga de fluidos por evaporación o por fuga entre los distintos compartimentos corporales y el daño de las membranas capilares. Son numerosos los estudios que se han realizado, desde diferentes punto de vista clínico o experimental en referencia a las pérdidas de fluidos por evaporación y exudado, diuresis, escapes de proteínas y fluidos desde el compartimiento plasmático al intersticial. Según Domínguez, R (2006) explica en referencia a la reposición de líquidos:

Los parámetros que hay que considerar al realizar una reposición de las pérdidas adecuada en un paciente con una quemadura extensa deben ser: las pérdidas por evaporación, las pérdidas desde el compartimiento plasmático por daño capilar, y las pérdidas por diuresis. www.tratado.unimet.com

Las pérdidas por evaporación son muy evidentes debido a la permeabilidad de la membrana, lo que va a tener una gran influencia en las modificaciones de la fluidoterapia en las primeras horas y días tras las quemaduras.

Son diversas las fórmulas que han sido propuestas para la reposición de fluidos en el paciente quemado. Como puede inferirse de la existencia de diversas fórmulas y métodos de reposición hidroelectrolítica, no existe una fórmula universalmente aceptada para la reposición hidroelectrolítica tras la quemadura. La fórmula de Evans, Monafo, Warden, Parkland que ha sido sustituida por Brooke y la de Carvajal.

Las formula usada en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos por la Unidad de Emergencia y Terapia Intensiva en restitución Hídrica es:

Formula de Carvajal:

- Primeras 24 horas: Ringer Lactato: 5000cc/m² SCQ +2000 cc/m² SC
Administrando la mitad de lo calculado en las primeras 8 horas y la otra mitad en las siguientes 16 horas.
- Segundas 24 horas: 4000cc/m² SCQ+1500 cc/m² SC
Iniciando la administración de coloide (albúmina, plasma) a partir de las 8 horas post-quemaduras.

En la actualidad, las fórmulas más comúnmente utilizadas son las de Parkland (Baxter) y la formula del Brooke modificada (Brooke Army Research Institute). Estas fórmulas indican soluciones de Lactato de Ringer (LR) según Hartmann) a $4 \text{ ml} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$ (Parkland) y $2 \text{ ml} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$ (Brooke) de quemadura respectivamente durante las primeras veinticuatro horas. Las fórmulas de reanimación hídrica se calculan solamente a partir del 15% de superficie corporal quemada (SCQ). Se prefiere la fórmula de Parkland en quemaduras con extensión menor de 50%, es decir, entre 15-50% de superficie corporal quemada (SCQ) y la del Brooke para quemaduras mayores de 50% de superficie corporal quemada (SCQ). La primera mitad del total calculado se administra en las primeras 8 horas posquemadura, la segunda mitad de la dosis se administra en las 16 horas que restan.

Las otras formulas mencionadas anteriormente para el cálculo de la fluidoterapia, se ha encontrado en la bibliografía investigada, por lo que se a debido a un costo/beneficio en la aplicación de las misma, y que los pacientes necesitan mayor supervisión cercana para evitar las posibles complicaciones que pueden originar, ya sea por que el paciente no responda o por el estado de gravedad de las misma quemaduras.

Se puede mencionar las contraindicaciones de diferentes autores en la utilización de coloide durante la fase aguda, ya que durante esta fase los coloides podrían pasar al espacio extravascular y agravar el edema. Por lo cual es una controversia la utilización de los mismos en la primera fase y las posteriores.

Pero en pediatría el uso de coloide es administrado en las primeras 8 horas usando albúmina o Plasma Fresco Congelado, manteniendo los niveles de albúmina entre 2-3 gr. %, entre rangos normales, porque aporta factores de coagulación y es menos costoso, aunque implica riesgo de infecciones virales.

Dentro de estas perspectivas se señala algunas diferencias. El manejo de las quemaduras en pediatría difiere del adulto, y se debe a que la reanimación en niños procede en dos aspectos. Según Santos, C (2005) lo explica de la siguiente forma:

La reanimación inadecuada produce daños a los pulmones, riñones y lecho vascular mesenterico. La sobrecarga de líquido puede producir muchas complicaciones indeseadas por lo cual es de relevancia la monitorización de la reposición de líquidos a través de el gasto urinario o el flujo urinario horario que es considerado un indicador razonable de la perfusión de órganos, y es la clave principal para guiar la velocidad de infusión de líquidos. Así, una diuresis 1 ml/kg/hora en niños es considerada un indicador de una perfusión renal y esplácnica adecuadas.
(<http://www.anamet.gov.dol.quemados>)

En resumen la primera atención que se brinda a dichos pacientes. No se pueden obviar ninguna parte de la secuencia antes descrita porque se podría causar daños irreversibles, por lo cual se denota puntos clave de la primera atención:

1. Asegurarse de ventilación y perfusión adecuadas
2. Mantenga estabilidad hemodinámica a toda costa
3. Tratar inmediatamente cualquier trauma o condición concurrente.
4. Reevaluar extensión y profundidad para establecer pronóstico y plan de tratamiento ulterior
5. Curación de la Herida (primera curación no agresiva)
6. Control del dolor con medicación endovenosa
7. Profilaxis antitetánica según normas
8. No administrar antibióticos sistémicos profilácticos empíricos
9. Monitorizar todos los parámetros fisiológicos y de laboratorio; corregir anomalías inmediatamente.

Cuidados Básicos Post-quemaduras:

Dentro de este orden de ideas se ha de explicar los cuidados inmediatos que se le deben de prestar al paciente pediátrico quemado, después que se encuentra estabilizado hemodinamicamente. A continuación

los cuidados que se tienen que se han de poner en práctica posteriormente de la estabilización de estos pacientes:

Ingreso / Egreso: Realizar el control horario de los líquidos ingeridos y eliminados, aunque se tenga en cuenta que los ingresos habrán de ser mayores que los egresos (orina) en los primeros días. Es importante recordar que los mayores egresos provienen de la superficie de la herida y pérdidas por evaporación difíciles de cuantificar.

Peso Corporal: El control del peso corporal se realiza debido a por lo general se a de producir una disminución gradual del mismo, pero no se a de efectuar a niveles de pre-quemadura, sino en la en la medida que el edema se moviliza gradualmente.

Presión Arterial: La presión arterial es importante mantenerla a un nivel que garantice la perfusión adecuada. En general la presión arterial en el período post-reanimación es afectada por más variables que durante el período de 0 a 36 horas. Estas variables son: el dolor, temperatura elevada, narcóticos y aumento metabólico entre otros, por lo que es importancia tenerlas en cuenta.

Frecuencia del Pulso: El pulso por lo general ha de disminuir las primeras 48 horas, luego se eleva en la medida que evoluciona la fase de redistribución de líquidos.

Temperatura: Es de relevancia que el profesional de enfermería anticipe un aumento gradual de 1° a 2°C, sobre el valor normal que por lo general en paciente con quemadura es de 38°-39°C, estos valores se han de estar presente de este modo debido al hipermetabolismo (aprox. al 3er día posquemadura; período de marea ascendente). El aumento ulterior de la temperatura es común con la manipulación de la herida.

Diuresis: Los valores de la diuresis en el gasto urinario usualmente exceden 0.5ml x kg x hora, cuando se movilice el edema y la carga de soluto. La diuresis puede no reflejar perfusión adecuada debido a que es una diuresis con carga de soluto.

Gases Arteriales: Es importante monitorizar cuantas veces sea necesario los niveles de oxígeno, para mantener tensión de oxígeno >80 mmHg, la PaO₂ y la PaCO₂ por lo que usualmente variarán dependiendo del balance ácido base.

Electrolitos: El estudio de electrolitos debe hacerse diarios, especialmente las primeras 24-72 horas durante la fase de grandes cambios de fluido.

Balance Ácido-Base: El pH y el Balance ácido-básico deben ser monitorizados para evaluar la perfusión y evitar desviaciones de excesivas del pH sanguíneo, particularmente la alcalosis la cual afecta el intercambio de xígeno por la hemoglobina.

Urea y Creatinina: Los cambios que se producen en la urea en relación a la creatinina son útiles para evaluar la variación que se produce del espacio intercambiable de agua corporal total; un ejemplo, es el ritmo en el que se produce las pérdidas por evaporación.

Analgesia y sedación al dolor

El adecuado manejo del dolor en el paciente quemado es extremadamente importante aunque en ocasiones complejo. Se puede considerar la presencia de un dolor basal, generado por la existencia de la herida, y un dolor provocado durante las frecuentes manipulaciones a que es sometido (curas, escarectomías, toma e implante de injertos, cambios de vendajes, fisioterapia) que son extraordinariamente dolorosas, y que suponen una

importante fuente de sufrimiento y ansiedad si no son correctamente tratadas.

Domínguez, R (2006) señala que “En la fase inicial de la quemadura, el dolor generado puede ser tratado mediante una infusión continua de opioides. www.tratado.unimet.principiosurgenciaemergencia.com. Además de evitar el sufrimiento del paciente, un control efectivo del dolor disminuye la tasa de complicaciones respiratorias, facilita la movilización y fisioterapia, atenúa la respuesta de estrés, y mejora el balance nitrogenado. También Domínguez, R (2006) menciona que:

El analgésico mas empleado es la morfina en perfusión continua a dosis de 2-10 mg/h. En los pacientes menos graves puede emplearse morfina vía oral en forma de liberación retardada, repartidas en 2-3 tomas. Para el tratamiento del dolor menos intenso puede utilizarse Metamizol o Paracetamol. Para el tratamiento del dolor provocado durante manipulaciones y maniobras terapéuticas sobre el paciente es necesario el establecimiento de pautas específicas de analgesia. Así han sido empleados óxido nitroso y ketamina (1-2 mg/kg). Para la sedación del paciente quemado los agentes más útiles son las benzodiazepinas y el propofol. Las primeras ofrecen la ventaja de proporcionar sedación, pero también a de provocar amnesia anterógrada aun a bajas dosis, por lo que es de gran utilidad en las curas. www.tratado.unimet.principiosurgenciaemergencia.com

Soporte nutricional en el paciente quemado

El apoyo nutricional, es una herramienta terapéutica imprescindible en el manejo de pacientes con quemaduras graves. Como se comentó

anteriormente el hipermetabolismo y el hipercatabolismo presiden los cambios metabólicos característicos de las quemaduras graves.

Domínguez, R (2006). Expresa que “el establecimiento de soporte nutricional precoz es beneficioso, atenuando el catabolismo (un óptimo manejo nutricional puede disminuir las pérdidas proteicas hasta un 50%) y mejorando la función inmunológica y la supervivencia”. www.tratado.unimet.com

Durante la fase precoz el objetivo del soporte nutricional es minimizar las pérdidas netas proteicas; durante el periodo de convalecencia es de prioridad maximizar la síntesis proteica, en las primeras seis horas posquemadura, ya sea por sonda nasogastrica.

El apoyo nutricional debe efectuarse en los casos que sean posibles por vía digestiva. Gómez, J (2006) señala que “Esto no es posible en todos los casos, ya que el íleo, predominantemente gástrico y cólico suele estar presente, al menos durante las primeras 24-72 horas tras la agresión térmica”. www.tratado.unimet.com

Aunque la utilización de la vía digestiva puede retrasarse hasta después de recuperada la normalidad del tránsito digestivo, este a su vez

retarda el proceso de curación, por lo que produce un aumento de desnutrición, lo cual es una condición premórbida en éste escenario. El fenómeno de cicatrización, la inmunocompetencia y el transporte activo de la membrana celular están significativamente reducidos debido a este proceso, por lo que hace que el paciente pediátrico quemado requiera de un soporte nutricional que le proporcione todos los nutrientes calóricos necesarios para su recuperación.

Los requerimientos calóricos en pacientes pediátricos quemados han de ser calculados sobre una base de análisis de progresión lineal vs. pérdida de peso. Según Santos, C (2005):

La fórmula nutricional de Curreri, es la más popular en la actualidad para estimar las necesidades calóricas del paciente pediátrico quemado basada en superficie corporal por m² (SCT m²) en vez de basadas en peso, son más apropiadas. En los niños se utiliza la fórmula de Galveston; 1,800 Kcal x m² SCT de mantenimiento + 1,500 Kcal x m² de SCQ por día. (<http://www.anamet.gov.dol.quemados>)

Además, se mencionan los amplios beneficios de la nutrición enteral precoz, ya que protege la mucosa intestinal, mantiene el aporte calórico en el periodo de reanimación, reduce el grado de respuesta hipermetabólica al estrés y evita el fenómeno de translocación bacteriana.

A las 48 horas, de iniciar la infusión enteral, todos los requerimientos líquidos del paciente se administran por esta vía, y solo se usa la vía endovenosa útil, para mantener vía permeable con fines de medicación endovenosa. De igual manera se puede señalar que la administración del soporte nutricional (endovenoso – Enteral), emplea los mismo cuidados que se realiza a un paciente sin injurias, por lo cual no se describe ampliamente dichos cuidados, sino que se brinda mayor relevancia porque de la administración y el calculo de la misma.

Signos de infección por quemaduras

La superficie de la quemadura es inicialmente estéril, pero a partir del segundo día se produce una rápida colonización bacteriana en la lesión, esto es debido a que estos microorganismos resistieron a la quemadura en la profundidad de glándulas sudoríparas o folículos pilosos. Factores favorecedores de esta infección cutánea son la inmunodepresión sistémica y los trastornos de perfusión locales. Transcurridos unos días de haberse producido la quemadura, en la colonización e infección de la herida participan también gérmenes gram negativos. Por lo que es importancia la vigilancia de la herida por quemadura para así evitar los signos locales de infección. A continuación se habrán de mencionar los signos locales de infección:

- Área de decoloración local o color café oscuro
- Aceleración del desprendimiento de la escara necrótica
- Conversión de la Herida de 2° a 3° grado
- Decoloración purpúrea o estigma de la piel en torno a las márgenes de la herida
- Presencia de estigma gangrenoso
- Presencia de pus por debajo de la herida
- Decoloración hemorrágica del tejido subcutáneo
- Accesos de tamaños variables

La infección es la principal causa de muerte en quemados, siendo las superficies cruentas su origen más frecuente, por sobrecrecimiento de flora endógena o por contaminación externa. La inspección de la quemadura y otros lechos cruentos es una práctica básica para detectar una infección local. Los signos inflamatorios y los exudados malolientes son datos que han de hacer sospechar la presencia de microorganismos. El dolor y los cambios de color del tejido sano circundante también sugieren infección local.

Si la infección local se acompaña de signos de sepsis, se iniciará antibioticoterapia sistémica intravenosa empírica de amplio espectro hasta tener disponibles los resultados de las pruebas microbiológicas en la que se

especificarán, además del antibiograma, la sensibilidad de los diferentes antisépticos tópicos.

Según Santos, C (2005) señala que “Los gérmenes que se aíslan con mayor frecuencia en los tejidos con quemaduras son *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* y *Pseudomonas aeruginosa*. Más rara es la presencia de *Serratia*, *Acinetobacter*, *Echerichia coli*, u otros bacilos”
www.anamet.gov.do/quemados.com

La mejor profilaxis para la infección de la herida es el desbridamiento amplio y precoz de las áreas necróticas. Son esenciales también los cuidados de la herida, con limpieza diaria y antimicrobianos tópicos, y la asepsia estricta del paciente y personal sanitario. El aislamiento del paciente en áreas de acceso restringido y el empleo de material desechable son recomendables dado que ha sido claramente demostrada la utilidad de este tipo de medidas de profilaxis de la infección en pacientes con quemaduras. Los agentes tópicos previenen el sobrecrecimiento rápido de gérmenes; casi nunca consiguen esterilizar la herida, pero mantienen concentraciones de gérmenes a bajos niveles. Está indicada lógicamente la inmunización antitetánica.

Tratamiento de la herida por quemadura

Tratamiento Tópico

La terapia antimicrobiana local como en la sistémica de los pacientes quemados trata las siguientes medidas generales la cual son útiles en el cuidado de la quemadura, entre estas se destacan:

1. Aislamiento del paciente en un entorno aséptico (acondicionamiento similar al de un quirófano, con temperatura y grado de humedad controlable, con flujos de aire dirigidos desde las zonas “limpias” a las zonas “sucias”, en habitaciones individuales.
2. Entrenamiento del personal sanitario y auxiliar, en técnicas limpias no solo de las heridas, sino de cuidados generales del paciente, se incluyen en este adiestramiento al personal subalterno y de limpieza.

El tratamiento tópico de las heridas se basa principalmente en la limpieza frecuente de la quemadura con una solución antiséptica. A continuación se mencionan los siguientes procedimientos que se aplican en función de los medios disponibles como lo es la localización, extensión y profundidad de las quemaduras.

Según Ibarra, M (2006) señala que se realiza en “Primera Cura oclusiva: Consiste en cubrir la zona quemada con algún agente

antimicrobiano tópico y un tul graso, gasas o compresas estériles seguido de un vendaje compresivo. Este apósito debe ser cambiado cada 3-4 días” (Pág. 90). Este tipo de cura está indicado en:

- quemaduras leves en pacientes ambulatorios
- protección de las zonas quemadas cuando se procede a un traslado
- protección de las zonas antes de la colocación de un injerto.

Garrido, C (2006) explica una de las curas realizadas a dichos pacientes dependiendo de la severidad de la misma llamada:

Exposición al aire: Tras la limpieza inicial de la quemadura esta se deja descubierta. En las quemaduras de espesor parcial aparece una costra en 48-72 horas y se produce, en ausencia de infección, la re-epitelización por debajo de la misma, cayéndose la costra en 2-3 semanas. Está indicada en: quemaduras de 2º grado en cara, cuello, quemaduras circunferenciales de los miembros y del tronco. www.cirugest.com

Esta limpieza debe hacerse en condiciones asépticas utilizando una técnica "limpia". A menudo se deben realizar baños por arrastre de las heridas en un dispositivo a tal fin diseñado (Tanque de Hubbard o similar). Cualquier detritus desprendido o escara puede ser removida utilizando gasas desbridadas con tijeras, bisturí o pinzas. Una vez limpia la herida, debe cubrirse con una pomada antiséptica de amplio espectro. La medicación tópica mas utilizada en nuestro entorno es la crema estéril de sulfadiazina

argéntica al 1 % (Flammazine, Dupharâ S.A.). La herida se aísla con un apósito textil.

Santos, C (2005) señala algunas consideraciones para la realización de las curas y del tratamiento tópico de las mismas que se señala a continuación:

Indicaciones absolutas:

- 2 grado Profundo y 3 grado.
- 2 grado Superficial de cara, orejas, manos, pies y peroné.

Indicaciones relativas:

- 2 grado < 20% SCQ.
- 2 grado superficial en diabéticos, ancianos, o pacientes en riesgo de infección.

No necesario:

- 2 grado Superficial < 15% SCQ que pueda cubrirse con sustitutos de piel o vendajes oclusivos.

www.anamet.gov.do/quemados.com

Estrés post-traumático en los Pacientes Quemados

El Estrés post-traumático se ha de tratar a través del apoyo emocional y psicológico con la ayuda de especialistas, ya es un trance que vive el paciente quemado. Esta es una etapa de aceptación y negación, la cual requiere de la asistencia del profesional de enfermería para la Recuperación-Rehabilitación de sus cicatrices para que de este modo el individuo se integre a la sociedad, la comunidad y la familia.

Muchos terapeutas recomiendan proporcionar psicoterapia breve a los quemados una vez estabilizados desde el punto de vista médico, en consecuencia, recomienda un período de intensa psicoterapia de la siguiente manera:

1. Identificar para dar atención de inmediato, al trastorno de estrés post traumático (TSPT), el cual conlleva la evitación de contactos interpersonales, sociales y laborales
2. Recomienda usar técnicas de hipnosis.
3. Lograr que el paciente acepte el desfiguramiento y cualquier incapacidad que la quemadura le ocasione.

Domínguez, R (2006) define el Estrés postraumático como "el temor relacionado con un accidente y la subsecuente reacción emocional". Se considera agudo si dura menos de seis meses y crónico si pasa de ese período. (Pág. 40).

En la mayoría de los casos de injurias el paciente llega a presentar ansiedad, temor, depresión, por su nueva imagen, lo que origina un gran decaimiento o sentimiento de culpa hacia el o sus familiares.

Igualmente, Domínguez, R (2006). Señala una serie de etapas o clasificación del estrés postraumático que padecen los pacientes quemados:

Impacto:

- Inmediatamente luego de la Quemadura
- Shock Incredulidad
- Despersonalización

Retiro o Negación:

- Luego del impacto inicial
- Supresión Represión
- Desconfianza

Aceptación:

- Luego de la negación
- Apenado, Tristeza

Reconstructiva:

- Fase final
- Aceptación de limitaciones
- Inicia la reedificación de su vida. www.tratado.unimet.com

Dos tercios de los pacientes quemados sufren secuelas psicológicas, según diversos estudios planteados por varios psicólogos, entre otros, los síntomas no ceden en dos meses. Ocasionalmente las reacciones de las quemaduras o el trauma pueden ser reactivados muchos meses o años después, ante otro daño. Algunos pueden requerir tranquilizantes para controlar sus imágenes traumáticas sobre el accidente y antidepresivos o sedantes para la ansiedad.

Bases Legales:

La presente investigación posee sus fundamentos legales en las siguientes leyes: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

(1999), Código Deontológico de la Profesión de Enfermería (1999), Ley Orgánica Para la Protección del Niños y adolescente (2007), las cuales tienen relación con los temas a tratar en esta investigación.

Constitución Bolivariana de Venezuela

Constitución Bolivariana de Venezuela, en Gaceta Oficial Nº 36.860, Caracas 30 de diciembre de 1999 en su Artículo 83 dice:

La salud es un derecho social fundamental, obligatorio del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado Promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la Republica. (Pág. 21)

Además ratifica que la salud es un derecho obligatorio del estado hacia el pueblo venezolano, en donde el estado garantizará-promoverá políticas orientadas a elevar la calidad de vida y el acceso a los servicios. Continuamente señala que todo ciudadano tiene derecho a la protección de la salud y a participar defensa de este derecho.

Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente (LOPNA)

Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente (LOPNA) en gaceta oficial N° 38.641, Caracas 9 de Marzo de 2007 en su Capítulo II, derechos, garantías y deberes en su Artículo 41 dice:

Derecho a la Salud y a Servicios de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. (Pág. 42)

“Parágrafo Primero:

El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.

Parágrafo Segundo:

El Estado debe asegurar a los niños y adolescentes que carezcan de medios económicos, el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación” (Pág. 43)

En el Artículo 42:

Responsabilidad de los Padres, Representantes o Responsables en Materia de Salud. Los padres, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes (Pág. 43)

La Ley de Protección del niño y adolescente (LOPNA) defiende los derechos humanos de este grupo de individuos, en capacidad para vivir y sufrir sus necesidades de la población, la cual consagra que los niños y adolescente son sujetos plenos derechos y libertades, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, posición económica o cualquier condición.

Código Deontológico de Enfermería

El código deontológico de Enfermería (1999) enmarca los deberes, derechos y normas éticas de la enfermeras (os). En su Artículo 4 refiere que “Los profesionales de enfermería deben cumplir sus funciones con elevado espíritu de responsabilidad tomando en cuenta lo especificado en el código deontológico de enfermería” (Pág. 4). De igual forma el artículo 9 dice: “La enfermera (o) paciente estará fundamentada en el respeto a la dignidad humana, como son la responsabilidad y el secreto profesional, como lo estipula la norma y condición morales, que acompañan la actividad que realizan los profesionales de enfermería” (Pág. 6). Igualmente el artículo 11 plantea que “El deber de los profesionales de enfermería, es aliviar el sufrimiento humano, ésta noble acción no admite discriminación personales, colectivas, religiosas o políticas” (Pág. 5).

El código deontológico de enfermería, encierra un conjunto deberes, derechos, normas éticas y morales del profesional de enfermería en el momento de brindar cuidados al individuo sano y enfermo. Son lineamientos básicos para la práctica de enfermería.

Es decir, estas leyes mencionadas establece que el ser humano tiene derecho a la salud tanto física, mental y emocional, que debe ser atendido como una unidad integral que piensa, padece en cualquier problema de salud. Por lo cual el personal de enfermería debe tener varios lineamientos como ética, valores morales, deberes y derechos para desempeñar sus diferentes roles de orientadora, educadora y ser vigilante de los cuidados integrales que deben prestarle al usuario que lo requiera con ese amor de servir el más necesitado.

Esta diversidad de cuidados anteriormente señalados en párrafos anteriores, servirá para el personal de enfermería como estrategias o herramientas que podrán incorporar a su práctica diaria. Además es importante señalar que el diseño de esta guía implementara distribución de cuidados, intervenciones y procedimientos realizados a pacientes pediátricos quemados

Teoría de Enfermería

La Teoría de Dorotea Orem está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Señalando que la teoría de autocuidado, es la que explica el concepto como una contribución constante del individuo a su propia existencia definiendo este concepto según Orem, D (1980) define

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm)

Igualmente la **Teoría del déficit de autocuidado** : En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. Asimismo la **Teoría de los sistemas de enfermería** : En la que se explican los modos en que las

enfermeras/os pueden atender a los individuos , identificando varios sistemas.

Basándose en la teoría antes mencionada se elige la teoría de Orem de déficit de autocuidado, en donde la enfermera pueda ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además, Orem afirma en su teoría que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta varios aspectos a la hora de brindar los cuidados a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el

autocuidado) hace de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Además, esta teoría abarca ciertos elementos que son importante en la elaboración de esta investigación, como son: una permanente exploración de los problemas de salud y los déficit de autocuidado, los cuales son recogidos por medio del proceso de enfermería para lograr la motivación y orientación del paciente a su recuperación, además, implica el diseño y la planificación que se centra en capacitar y animar al paciente y a los colegas para que participen activamente en las decisiones del autocuidado. Asumiendo un papel de cuidador u orientador entre ambos, es decir, por la enfermera, el paciente pediátrico quemado y sus padres.

2.3 SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLES: Conocimiento que posee el Profesional de Enfermería en el cuidado directo al pacientes pediátricos quemados en la unidad de Emergencia del Hospital de niño José Manuel de los Ríos.

Definición Conceptual: Según González (2008) define conocimiento "como toda aquella información que se obtiene a través del método científico, la investigación, experimentación e indagación del objeto, en busca de la verdad". www.psicopedagogia.com

Definición Operacional: Es la información que el profesional de enfermería debe poseer acerca de los cuidados que se le presta al paciente pediátrico con quemaduras, ya que los mismos quedan hospitalizado en la unidad de Emergencia del Hospital de niño José Manuel de los Ríos.

2.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables: Conocimiento que posee el Profesional de Enfermería en el cuidado directo al pacientes pediátricos quemados en la unidad de emergencia del Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.

Definición Operacional: Es la información que el profesional de enfermería debe poseer acerca de los cuidados que se le presta al paciente pediátrico con quemaduras, ya que los mismos quedan hospitalizado en la unidad de Emergencia del Hospital de niño José Manuel de los Ríos.

Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores	Ítems
Información sobre el manejo del Paciente pediátrico quemado:	- Generalidades sobre Quemaduras	<ul style="list-style-type: none"> - Clasificación Básica - Profundidad y extensión 	1-2-3 4-5,

<p>Son las actividades que realizan los profesionales de enfermería en la aplicación de los cuidados que se prestan a los pacientes pediátricos quemados en relación con los conocimientos sobre las quemaduras, cambios sistémicos y la valoración en la fase inicial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios sistémicos inducidos por las quemaduras - Valoración Inicial 	<ul style="list-style-type: none"> - Neurológico - Respiratorio - Endocrino. - Gastrointestinal. - Renal - Fase de Reanimación y cuidados básicos - Analgesia y Sedación al Dolor - Soporte Nutricional - Signos de infección herida - Tratamiento tópico herida - Estrés post- traumático 	<p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">7, 8, 9</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p style="text-align: center;">11</p> <p style="text-align: center;">12</p> <p style="text-align: center;">13, 14, 15, 16</p> <p style="text-align: center;">17, 18</p> <p style="text-align: center;">19, 20</p> <p style="text-align: center;">21, 22</p> <p style="text-align: center;">23, 24, 25</p> <p style="text-align: center;">26, 27</p>
---	---	---	--

CAPITULO III

Marco Metodológico

3.1 Tipo de Diseño:

Según el Manual de Trabajo de grado de especialización y maestría y tesis de doctorales (UPEL) (2003) expresa lo que es un Proyecto Factible: “consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales”. (Pág. 43)

En el marco de lo citado, la propuesta se traduce en la elaboración de un programa educativo dirigido a los profesionales de enfermería que presta atención directa a pacientes pediátricos quemados, hospitalizados en la unidad de emergencia del Hospital de Niño José Manuel de los Ríos, con la finalidad de solventar la necesidad detectada, demostrando la factibilidad de este proyecto por medio de la técnica empleada.

Asimismo, es un estudio descriptivo, según Fidiás, A (2006) “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o compartimentos”. (Pág.11). En relación a lo anteriormente expuesto, la investigación es descriptiva porque recoge la información directamente de los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de emergencia, lo cual permitirá elaborar un programa educativo basado en lineamientos establecidos referentes a los cuidados que se le deben de prestar a un paciente pediátrico quemado.

Igualmente, es una investigación de campo según Fidiás, A (2006) porque” Es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de la realidad, donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna”. (Pág. 12). En relación a lo antes citado, el estudio es de campo porque la información fue recogida directamente en el momento en que el profesional de Enfermería de la unidad de emergencia del Hospital de Niño José Manuel de los Ríos realizaba su actividad laboral.

3.2 Diseño de la Investigación:

Según Canales, F (2006) es un Diseño no Experimental “Porque no hay manipulación de la variables, la acción de las variables se dio en la

realidad, el investigador no intervino en ello” (Pág. 22). En efecto los datos recogidos fueron tomados de la unidad de emergencia del hospital de Niño José Manuel de los Ríos, por medio de la información que posee los profesionales de enfermería sobre la prestación de cuidados directos a pacientes pediátricos quemados.

3.3 Población y Muestra

Población

Según Hurtado, J (2006) “Es un conjunto de seres en los cuales se va a estudiar la variable o evento y además comparten como características comunes los criterios de inclusión” (Pág. 141).

De acuerdo a tal definición la población seleccionada son los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de emergencia del Hospital José Manuel de los Ríos, en los diferentes turnos. Según los datos suministrados por esta institución, en este servicio trabajan 30 enfermeras, la cual se encuentra distribuido por turno, por lo que se entiende que se va a estudiar la población total de este servicio, por lo tanto cabe destacar que es una población finita, lo que significa que no se selecciona muestra.

3.4 Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

Los métodos e instrumentos de recolección utilizados para llevar a cabo esta investigación depende de la variable e indicadores propuestos, la cual es la información que maneja el profesional de enfermería en lo se que refiere a cuidados que se le prestan al paciente pediátrico quemado, en consecuencia se realizara un Cuestionario tipo prueba de conocimiento. A continuación se señalan las definiciones por diferentes autores:

Según Hurtado, J (2000) expresa que “Un Cuestionario es un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación temática en particular sobre el cual el investigador desea obtener información”. (Pág. 407)

El trabajo de investigación utilizara como instrumento de evaluación el cuestionario tipo prueba conocimiento, el cual según Hurtado, J (2000) se define: “Son aquellas cuyo objetivo es determinar el grado de aprendizaje o conocimiento alcanzando por una persona o un grupo de personas en ciertas áreas o contenidos” (Pág. 475).

A través de este instrumento de evaluación al profesional de enfermería, se podrá realizar un diagnostico del nivel de conocimiento e

información que posee la población con respecto al estudio sobre cuidados de enfermería en pacientes pediátricos quemados.

El cuestionario Tipo prueba de conocimiento esta estructurado de la siguiente forma según los Indicadores y subindicadores:

- Quemadura: 5 Ítems
- Efectos Adverso de Órganos: 7 Ítems
- Evaluación Primaria: 3 Ítems
- Analgesia y Dolor: 2 Ítems
- Alteración Nutricional: 2 Ítems
- Infección de la herida por quemadura: 3 Ítems
- Tratamiento Tópico de las Quemaduras: 3Ítems
- Alteraciones Emocionales :2 Ítems

El cuestionario se diseño con 27 preguntas de respuesta mixta de selección simple y preguntas dicotómicas (Anexo A).

3.4.1 Confiabilidad y Validez

La confiabilidad de un instrumento de recolección de datos, según Canales, Alvarado y Pineda (2006) es la “capacidad del instrumento para

arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer, o sea, la exactitud de la medición, así como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos” (p.171).

A objeto de conocer si el cuestionario es confiable se selecciono como procedimiento el denominado Test-Resst, el cual es explicado por Hernández, Fernández, y Baptista (2001):

En este procedimiento un mismo instrumento de medición (ítems o indicadores) es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de un periodo de tiempo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable (p.249)

En este sentido se selecciono una muestra piloto de seis enfermeras que laboran en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” en el área de emergencia.

El cuestionario se aplico en dos oportunidades con intervalo de tiempo de cuatros días entre cada aplicación, posteriormente se obtuvo una medida de estabilidad que dio como resultado de un 83% de confiabilidad. (Anexo A)

La validez de el instrumento de recolección de datos es definida por Hernández, Fernández y Baptista (2001) como: “...Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p.243).

Con la finalidad de validar el cuestionario se sometió al mismo a “Juicio de Expertos” presentándolo a expertos de contenido metodológico, los cuales emitieron sus juicios y certificaron su validez. (Anexo C).

3.5 Procedimiento para la recolección de la información

La técnica de análisis de datos que se utilizó fue la siguiente: los datos arrojados por la aplicación del cuestionario fueron transcritos en una base de datos. Los datos se presentaron en cuadros con su respectivo análisis cuantitativo y cualitativo.

Para dicha investigación se utilizó el método de Estadísticas Descriptiva. Según Sampiere, H (2003) “La primera tarea es describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable”. (Pág. 496).

Por lo que resulta pertinente indicar que se utilizó una distribución de frecuencia, el cual es un conjunto de todas las puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías, las representaciones son demostradas mediante las herramientas de cuadros.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de los resultados

A continuación se presenta los resultados obtenidos a través de la aplicación del Cuestionario tipo prueba de conocimiento.

Los datos fueron agrupados, considerándose los sub-indicadores expuestos en la operacionalización.

En primera instancia se presentan los datos del cuestionario, los cuadros del 2 agrupan a los subindicadores de clasificación de las quemaduras profundidad y extensión , los cuadros 3 y 4 agrupan los cambios sistémicos inducidos por las quemaduras ; los cuadros 5 agrupan con subindicadores de fase de reanimación y cuidados básicos; el cuadros 6 los subindicadores de analgesia y sedación al dolor y soporte nutricional; el cuadro 7 los subindicadores son de signos de infección de la herida; el cuadro del 8 los subindicadores son del tratamiento tópico de la herida y por ultimo el cuadros 9 los subindicadores son de estrés post-traumático. Estos cuadros se exponen con su respectivo análisis.

Cuadro 2

Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Generalidades sobre las quemaduras y sub-indicadores: Clasificación Básica y Profundidad y Extensión en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.

Año: 2007

Ítems	Correctas		Incorrectas		Totales	
	F	%	F	%	F	%
1. Clasificación Básicas de las quemaduras	20	67%	10	33%	30	100%
2. Las lesiones cutáneas profundas que afectan los músculos, huesos Corresponde	25	83%	5	17%	30	100%
3. De acuerdo al agente agresor las quemaduras pueden serlas quemaduras	24	80%	6	20%	30	100%
4. Las quemaduras según la extensión o profundidad	24	80%	6	20%	30	100%
5. Para medir la superficie corporal en niños, cual reglas es la más usada	11	36%	19	64%	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (cuestionario) aplicado a la población

Demuestran que la población conoce la clasificación básica de las quemaduras, comprende los diferentes agentes agresivos y conoce la importancia de la profundidad y la extensión de las quemaduras en los pacientes pediátricos quemados. Pero un 64% desconoce dicha clasificación presentando confusión en la terminología básica, asimismo excluyen la importancia de cómo se mide la SCQ en niños que es por la regla de los nueve, lo que representa para el niño una serie amenaza a sufrir complicaciones porque se retardaría así los cuidados y la fluidoterapia.

Cuadro 3

Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Cambios sistémicos inducidos por las quemaduras y sub-indicadores: Sistema Neurológico y Respiratorio en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.

Año: 2007

Ítems	Correctas		Incorrectas		Totales	
	F	%	F	%	F	%
6. Los cambios neurológicos causado por las quemaduras	6	20%	24	80%	30	100%
7. Cual es la prioridad en una lesión por inhalación	25	83%	5	17%	30	100%
8.La lesión directa de la vía aérea se origina	5	17%	25	83%	30	100%
9. Pacientes con quemaduras inhaladas pueden usar PEEP?	13	43%	17	57%	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (cuestionario) aplicado a la población

Los resultados obtenidos demuestran que la información que posee el personal sobre la afectación de los sistema neurológico y respiratorio es deficiente debido a: 1. Los cambios neurológicos están correlacionadas con los demás órganos del cuerpo debido a todo el proceso de evolución de las quemaduras en el organismo.

2. Mantiene dudas sobre la prioridad de la vía área cuando se origina una lesión por inhalación, y en el tema de la ventilación mecánica y el uso de Peep en pacientes pediátricos quemados que pueden ayudar a mejorar la ventilación pulmonar así evita el colapso alveolar que ayudará a la pronta recuperación del paciente.

Cuadro 4

Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Cambios sistémicos inducidos por las quemaduras y sub-indicadores: Sistema Endocrino, Gastrointestinal y Renal en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.

Año: 2007

Ítems	Correctas		Incorrectas		Totales	
	F	%	F	%	F	%
10. ¿En la Respuesta humoral térmica producida por las quemaduras que se produce	5	17%	25	83%	30	100%
11. ¿El daño gastrointestinal producida por la injurias ocasiona ulceraciones llamadas Cusling?	6	20%	24	80%	30	100%
12. La forma de monitorizar la reposición de líquidos	11	37%	19	63%	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (cuestionario) aplicado a la población

Asimismo, los profesionales de enfermería muestran deficiencia en la afectación del sistema endocrino, gastrointestinal y renal debido a los siguientes puntos: manifiesta una noción básica del control de líquidos ingerido y eliminado, pero no realiza el balance hídrico o el gasto urinario en sus horas laborales. Asimismo desconoce los daños causados en sistema gastrointestinal por las quemaduras como son las ulceraciones, en el tracto digestivo. Dichos resultados hace denotar la importancia de la diseño del programa para unificar criterios y actualizar los conocimientos obtenidos.

Cuadro 5

Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Fase de Reanimación y Cuidados Básicos en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.

Año: 2007

Ítems	Correctas		Incorrectas		Totales	
	F	%	F	%	F	%
13. La evaluación del paciente quemado debe seguir un orden de prioridad.	20	67%	10	33%	30	100%
14. Al tener la vía venosa se infunde líquidos para recuperar la volemia y aumentar	7	23%	23	77%	30	100%
15. La reanimación en niños es diferente al adulto	10	33%	20	67%	30	100%
16. Cuanto tiempo dura el periodo de reanimación aguda post – quemadura	15	50%	15	50%	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (cuestionario) aplicado a la población

Los Profesionales de enfermería se observo que presenta dudas en establecer prioridades o en la manera de organizarse para brindar los primeros cuidados, también demuestran la inadecuada información que posee sobre la diferencias de la reanimacion en niños a la del adulto de debido a edad, peso y superficie corporal en los niños, esto puede producir complicaciones en la reanimación con líquidos. Pero un 50 manifiesta dudas en el periodo de reanimación que se extiende de 24/72 horas, o demás días dependiendo de la evolución del paciente.

Cuadro 6

Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Analgesia y Sedación al dolor y Soporte Nutricional en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.

Año: 2007

Ítems	Correctas		Incorrectas		Totales	
	F	%	F	%	F	%
17. ¿El dolor expresado por los pacientes quemados es debido.	13	43%	17	57%	30	100%
18. Dolor es tratado con que analgésicos.	9	30%	21	70%	30	100%
19.Cuál es la mejor vía a utilizar para alimentar a un paciente quemado las primeras 72 horas	2	7%	28	93%	30	100%
20. La nutrición enteral precoz evita	9	30%	21	70%	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (cuestionario) aplicado a la población

A continuación la explicación de este cuadro se dividirá en: la Primera: Un 57% de los profesionales denota la inadecuada efectividad en la manipulación del dolor basal inducido por la quemadura y el dolor provocado por las curas o procedimientos al paciente. Igualmente un 30% manifiestan tener conocimiento sobre la analgesia y sedación al dolor, pero se observan dudas de relevancia en la evaluación del dolor. Segundo: Igualmente 93% desconoce que se debería de utilizar como primera alternativa la alimentación por vía digestiva para minimizar las pérdidas netas proteínicas. Pero 30% de la población señaló algunos de los beneficios de la alimentación enteral precoz para los pacientes quemados.

Cuadro 7

Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Signos de Infección de la Herida en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos. Año: 2007

Ítems	Correctas		Incorrectas		Totales	
	F	%	F	%	F	%
21. El germen que se aísla con mayor frecuencias en los tejidos con quemaduras es el <i>Staphylococcus aereus</i>	13	43%	17	57%	30	100%
22. Cual es la principal causa de muerte en pacientes quemados	11	37%	19	63%	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (cuestionario) aplicado a la población

El 63 % de los profesionales evidencio la dificultad para detectar signos de infección de las heridas, gérmenes que se aísla con mayor facilidad en el tejido con quemaduras debido a la colonización bacteriana de la lesión, principalmente puede presentar gérmenes gram positivos que favorecen la infección de la herida y trascurrido algunos días de la colonización pueden participar los gérmenes gran negativos.

Cuadro 8

Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Tratamiento Tópico de la Herida en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos. Año: 2007

Ítems	Correctas		Incorrectas		Totales	
	F	%	F	%	F	%
23. El tratamiento tópico de las quemaduras se basan.	6	20%	24	80%	30	100%
24. La primera cura se debe cambiar	17	57%	13	43%	30	100%
25.Cuál es la crema mas utilizada	30	100%	0	0	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (cuestionario) aplicado a la población

Un 57% de los profesionales posee nociones básicas en el tratamiento tópico de la herida, solo se evidencia que falta un poco la unificación de criterios para el tratamiento de las lesión, además se puede acotar que en dicha institución las curas se realizan íter-diarias y mayormente no se exponen al aire en menos que sean de primer grado, dependiendo del servicio.

Cuadro 9

**Distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas emitida por los profesionales de enfermería que labora en la unidad de emergencia sobre el indicador: Valoración Inicial y sub-indicadores: Estrés Post-Traumático en el Hospital de Niño José Manuel de los Ríos.
Año: 2007**

Ítems	Correctas		Incorrectas		Totales	
	F	%	F	%	F	%
26. La comunicación terapéutica ayuda a brindar apoyo emocional	29	97%	1	3%	30	100%
27. ¿El estrés postraumático? es	6	20%	24	80%	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (cuestionario) aplicado a la población

Se puede destacar que un 97% de la población de estudio posee información sobre la importancia y relevancia de la aplicación de la relación terapéutica en la atención de dichos usuarios. De esta manera 80% manifiesta algunas confusiones en relación a lo que es el estrés postraumático y la importancia de brindar el apoyo emocional y psicológico a dichos pacientes.

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La información que posee el personal de enfermería en el área de emergencia del hospital José Manuel de los Ríos con respecto a los cuidados que se les debe prestar a los pacientes pediátricos quemados es deficiente ante la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Demuestran que la población conoce la clasificación básica de las quemaduras, comprende los diferentes agentes agresivos de las mismas y conoce en su mayoría la importancia de la profundidad y la extensión de las quemaduras en los pacientes pediátricos quemados. Pero un 64% desconoce dicha clasificación presentando alguna confusión en la terminología básica sobre el tema. Asumimos un 83% demostró tener poca información sobre la afectación de los órganos inducido en el organismo.

Cabe destacar que el 67% de la población mantiene información de la prioridad de la valoración inicial al paciente pediátrico quemado al llegar a la unidad de emergencia, que no se correlaciona con la fallas al

detectar signos de infecciones en las heridas, a la realizaciones de curas, especialmente a la aplicación del apoyo emocional a dichos pacientes.

Por lo cual la importancia es el diseño de un programa educativo dirigido a la prestación de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos quemados que permitirá al profesional adquiera información óptima, precisa y actualizada sobre los cuidados que ameritan estas lesiones para así mejorar la calidad de vida hospitalaria de dichos usuarios.

Los profesionales de enfermería debe prestar atención directa al paciente y a los familiares, ya que los mismos ejecutan acciones administrativas, educativas, y asistenciales considerando las diferentes situaciones que vive el sector salud en nuestro país.

El diseño de un programa educativo basándose un diseño de informativo tiene grandes posibilidades debido al rol de la enfermera para así mantener patrón educativo que permitirá la prevención de las diferentes complicaciones para disminuir las afecciones locales-sistémicas existentes en dichos pacientes para lograr un diagnóstico precoz, antes que se inicien consecuencias indeseables que hagan más difícil la curación estos enfermos, asimismo servir de apoyo emocional y psicológico para poder insertar a estos pacientes a la sociedad.

El Programa educativo dirigido a la prestación de cuidados a pacientes pediátricos quemados, es relevante para el Profesional de enfermería que labora a diario en la unidad de emergencia, ya que este se nutrirá del material y tendrá en particular un concepto más claro y preciso en el momento de actuar ante la presencia de un paciente con quemaduras, según el grado y porcentaje de superficie corporal con el que se aparezca en dicha área.

5.2 Recomendaciones

Presentar el diseño del Programa Educativo dirigido a los profesionales de Enfermería que prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados, hospitalizados en la unidad de emergencia del Hospital a la gerencia de Enfermería.

El departamento Docente del Hospital de Niño “José Manuel de los Ríos” se sugiere desarrollar el programa dirigidos a las enfermeras (os) que laboran en la unidad de emergencia producto de este estudio de investigación desarrollado y realizar seguimiento de la prestación del cuidado.

Comunicar los resultados a la Gerencia Medica y de Enfermería de la Institución con la finalidad de darle la importancia que tiene los programas y tomen las medidas pertinentes para implementarlo.

CAPITULO VI

LA PROPUESTA

Introducción

Una quemadura grave es la lesión más devastadora que pueda sostener un ser humano y sobrevivirla. Este tipo de injuria lo desconecta súbitamente de su medio ambiente y de su relación con el entorno, le produce sufrimiento, lo expone a riesgo importante de morir, a impedimentos funcionales y a deformidades severas. Cuando este paciente regresa a su hábitat, encuentra que ha sobrevivido a su quemadura a un costo personal, familiar y social que nunca podrá ser calculado y que su inserción en la sociedad y al rol productivo realmente se hace difícil y traumática.

Por estas razones; dichas lesiones han de ser encaradas por un personal experto en el tratamiento de quemaduras. El abordaje de este problema, por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, especializados y trabajando coherentemente en un centro hospitalario.

Por lo cual cabe destacar la importancia de realizar el Diseño de un Programa Educativo basado en la prestación de cuidados de enfermería en pacientes pediátricos quemados en el área de Emergencia del Hospital “José Manuel de los Ríos”, ya que este estudio permitirá a los

profesionales de enfermería que labora en el área de Emergencia de dicha institución obtenga conocimientos más precisos, actualizados y orientados hacia las nuevas tendencias en la atención de estos usuarios. Así, como también se desea que el personal de salud obtenga una mejor capacidad de proporcionar cuidados óptimos con el fin de conseguir la pronta recuperación de aquellos niños que presenten estas lesiones.

Para así involucrar a más trabajadores de la salud que se incluyan en el tratamiento, basados en el buen entendimiento de los procesos fisiopatológicos y psicosociales de la injuria y de que la única vía de enfrentar a los múltiples y acuciantes trastornos y problemas de estos pacientes es el trabajo en equipo.

Dicho programa esta estructurada en ochos unidades descripta a continuación, donde se empleara un lenguaje, sencillo, preciso y razonable con basamento científico que pueda ser comprendido por toda persona que requiera información sobre dicho tema, además se agregara ilustraciones, cuadros informativos de manera que la guía brinde orientación, practicidad y sea didáctica para el lector.

Fundamentación

Las quemaduras se encuentran entre las lesiones más graves que puede padecer el ser humano. El manejo y atención del paciente pediátricos con traumatismo importantes, causa gran angustia a los

profesionales que lo recibe, gran parte de la cual se debe al desconocimiento que tiene sobre la materia.

Las quemaduras representan unos de los accidentes más frecuentes a cualquier edad. Es la primera causa de muerte entre 5 a 9 años son accidentes producidos en el hogar o por accidentes tránsito; en los actuales momentos vemos el número de herida por secuelas de armas de fuego. Los traumatismo térmico constituyen la cuarta causa de muerte en menores de 1 año, tomándose como un problema de salud pública, no solo por el riesgo de muerte que conllevan, sino por afecciones orgánicas, psíquicas y sociales que producen una carga onerosa, siendo accidentes prevenibles mediante medidas de información y educación adecuada.

Por otro lado, los resultados de la investigación señala que los profesionales de enfermería de la unidad de emergencia del Hospital de Niño J.M de los Ríos mostraron dudas, confusión sobre la prestación de cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados.

En este sentido, estos antecedentes vienen a fundamentar la elaboración de un Programa Educativo basado en la prestación de cuidados a paciente pediátricos quemados, tomando en cuenta que a través de la actualización y modernización, los profesionales de

enfermería obtengan información, conocimientos sobre dichos cuidados, para fomentar la practicas diarias mediante un basamento científico que nos ayude a dejar las rutina y practicas empíricas.

Misión:

El Programa Educativo, dirigido a los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Emergencia es una herramienta que brindar estrategias o lineamientos para que los profesionales aumente los cuidados a pacientes pediátricos quemados bajo la implementación de la educación, actualización y capacitación continua. Asimismo, dicho material persigue por medios de acciones del profesional disminuir las afecciones locales-sistémicas existentes en los pacientes para brindar un diagnostico precoz.

Es decir, reúne intervenciones de enfermería que se aplicaran en el proceso de las quemaduras, desde el momento inicial hasta su hospitalización donde se le brindara los cuidados necesarios para lograr su integración a la sociedad sin la permanecía de la secuelas hospitalarias.

Visión

La implementación del programa contribuirá en el proceso de formación, actualización y participación activa de los profesionales de

enfermería para establecer una atención directa a los pacientes pediátricos de los centros hospitalarios en todo el país.

Además aumentara la practica de cuidados más especializados e individualizado en la prestación asistencial, lo cual motiva a la implementación de la educación continua en salud en este tema aplicando las nuevas tendencias y alta tecnología.

Propósito

Los profesionales de Enfermería con la realización del programa educativo cumple varios cometidos; primero, ayudar a concretar el conocimiento actualizado sobre el tratamiento de las quemaduras, segundo, logra llenar plenamente el vacío de conocimientos sobre esta materia y hacerla accesible al personal de salud, en este caso a los profesionales de enfermería en el área de pediatría. Por último, desea situar el manejo de los pacientes pediátricos quemados como una especialidad bien definida, que llama la atención sobre el hecho, de que estos pacientes demandan más y mejor cuidados por parte del profesional de salud.

Sinopsis de Contenido

I: Conceptos:

- Piel Normal y funciones de la Piel Normal
- Lesión Térmica
- Complicaciones a Órganos Vitales

Unidad II: Clasificaciones:

- Profundidad y Extensión
- Magnitud y Pronóstico
- Agentes Etiológicos

Unidad III: Manejo Inicial del Paciente Quemado:

- Tratamiento Inicial en Sala de Urgencias
- Mantenimiento de la Estabilidad Hemodinámica
- Monitorización Inicial en las Primeras 24 horas
- Reanimación con Fluidoterapia
- Shock Posquemaduras
- Tratamiento General de la Herida

Unidad IV: Control de Infecciones:

- Sepsis Posquemadura
- Causas de Sepsis

- Antibióticos Tópicos
- Soluciones Antisépticas

Unidad V: Tratamiento Moderno del Cierre de la Herida:

- Apósitos Temporales
- Cierre Quirúrgico de la Herida y Técnicas Quirúrgicas
- Piel Artificial

Unidad VI: Lesión Inhalatoria:

- Fisiopatología de la Lesión Inhalatoria
- Tratamiento de la Lesión Inhalatoria

Unidad VII: Tratamiento Quemaduras Especiales:

- Quemaduras Eléctricas
- Quemaduras por Rayos
- Quemaduras Químicas

Unidad VIII: Aspectos Psicosociales y de Reintegración

- Patrón de Recuperación Psicosocial
- Fase de Cuidados Críticos y Fase de Reintegración y Fase de Rehabilitación y Poshospitalaria

Programa Educativo

Unidad I Conceptos

Objetivo Terminal: Al finalizar, la unidad, los profesionales de enfermería estarán en capacidad detectar las posibles complicaciones de las lesiones por quemadura en la piel y sistema del cuerpo humano

Objetivo Especifico	Contenido	Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación
Identificar las complicaciones de los diferentes órganos vitales lesionados por quemadura	<ul style="list-style-type: none"> - Piel Normal y funciones de la Piel Normal - Lesión Térmica Complicaciones a Órganos Vitales: Neurológico/ Endocrino Respiratorio - Renal. - Gastrointestinal 	<p>Facilitadora:</p> <p>Exposición del Contenido</p> <p>Presentación de la Información</p> <p>Participantes:</p> <p>Intervenir activamente</p> <p>Discusión Grupal</p> <p>Conclusiones</p>	<p>Disertación del Tema</p> <p>Presentación del Programa educativo</p> <p>prestación de cuidados</p> <p>Exposición</p> <p>Preguntas</p>	<p>Rotafolios</p> <p>Lápices</p> <p>Papel</p> <p>Material</p> <p>Audiovisual</p>	<p>Presentación Activa de los Profesionales</p> <p>Preguntas Relacionadas sobre el tema</p>

Unidad II: Clasificaciones:

Objetivo Terminal: Al finalizar, la unidad, los profesionales de enfermería estarán en capacidad reconocer la clasificación básica, agentes agresivos, la profanidad y extensión de una lesión por quemadura.

Objetivo Especifico	Contenido	Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación
Enseñar a los profesionales de enfermería la clasificación básica de las quemaduras	Profundidad Extensión Magnitud y Pronóstico Agentes Etiológicos	Facilitadora Exposición del Contenido Presentación de la Información Participantes: Intervenir activamente Discusión Grupal Conclusiones	Disertación del Tema Exposición Preguntas Presentación del Programa educativo prestación de cuidados	Rotafolios Lápices Papel Material Audiovisual	Presentación Activa de los Profesionales Preguntas Relacionadas sobre el tema

Unidad III: Manejo Inicial del Paciente Quemado:

Objetivo Terminal Al finalizar, la unidad, los profesionales de enfermería estarán en capacidad de implementar técnicas y procedimientos en el abordaje del paciente pediátrico quemado en la sala de emergencia

Objetivo Especifico	Contenido	Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación
Enseñar a los profesionales de enfermería en manejo inicial del paciente quemado en la emergencia	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento Inicial en Sala de Urgencias - Mantenimiento de la Estabilidad Hemodinámica - Monitorización Inicial en las Primeras 24 horas - Reanimación con Fluidoterapia - Shock Posquemaduras 	<p>Facilitadora: Exposición del Contenido Presentación de la Información</p> <p>Participantes: Intervenir activamente Discusión Grupal Conclusiones</p>	<p>Disertación del Tema Exposición Preguntas Presentación del Programa educativo prestación de cuidados</p>	<p>Rotafolios Lápices Papel Material Audiovisual</p>	<p>Presentación Activa de los Profesionales</p> <p>Preguntas Relacionadas sobre el tema</p>

Unidad IV: Control de Infecciones

Objetivo Terminal Al finalizar, la unidad, los profesionales de enfermería estarán en capacidad detectar signos de infección de las heridas, así como el germen que se aísla con mayor facilidad en dichos tejidos, además de conocer el tratamiento tópico de la misma

Objetivo Especifico	Contenido	Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación
Diminuir por medio de las Técnicas de Enfermería las infecciones en las heridas	-Sepsis Posquemadura Causas de Sepsis Antibióticos Tópicos Soluciones Antisépticas	Facilitadora: Exposición del Contenido Presentación de la Información Participantes: Intervenir activamente Discusión Grupal Conclusiones	Disertación del Tema Exposición Preguntas Presentación del Programa educativo prestación de cuidados	Rotafolios Lápices Papel Material Audiovisual	Presentación Activa de los Profesionales Preguntas Relacionadas sobre el tema

Unidad V: Tratamiento Moderno del Cierre de la Herida:

Objetivo Terminal: Al finalizar, la unidad, los profesionales de enfermería estarán en capacidad de orientar las nuevas tendencias en el cierre de la herida por medio de materiales sintético y la manipulación de dicho medios.

Objetivo Especifico	Contenido	Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación
Orientar a los profesionales de enfermería sobre el tratamiento del cierre de la herida quemada en las diferentes técnicas en uso.	Apósitos Temporales Cierre Quirúrgico de la Herida y Técnicas Quirúrgicas Piel Artificial	<p>Facilitadora: Exposición del Contenido Presentación de la Información</p> <p>Participantes: Intervenir activamente Discusión Grupal Conclusiones</p>	Disertación del Tema Presentación del Programa educativo prestación de cuidados Exposición Preguntas	Rotafolios Lápices Papel Material Audiovisual	Presentación Activa de los Profesionales Preguntas Relacionadas sobre el tema

Unidad VI: Lesión Inhalatoria:

Objetivo Terminal: Al finalizar, la unidad, los profesionales de enfermería estarán en capacidad de evaluar la prioridad cuando se origina una lesión por inhalación detectando signos precoz de la misma evitar complicaciones.

Objetivo Especifico	Contenido	Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación
. Disertar con los profesionales la fisiopatología y el tratamiento de la lesión inhalatoria en las quemaduras.	Fisiopatología de la Lesión Inhalatoria - Tratamiento de la Lesión Inhalatoria	<p>Facilitadora: Exposición del Contenido Presentación de la Información</p> <p>Participantes: Intervenir activamente Discusión Grupal Conclusiones</p>	Disertación del Tema Presentación del Programa educativo prestación de cuidados Exposición Preguntas	Rotafolios Lápices Papel Material Audiovisual	Presentación Activa de los Profesionales Preguntas Relacionadas sobre el tema

Unidad VII: Tratamiento Quemaduras Especiales:

Objetivo Terminal: Al finalizar, la unidad, los profesionales de enfermería estarán en capacidad detectar e identificar los diferentes tipos de lesiones en la piel y su posterior tratamiento especiales dependiendo de la severidad de cada una de ellas.

Objetivo Especifico	Contenido	Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación
. Enseñar a los profesionales los diferentes tipos de quemaduras y su tratamiento.	<p>Quemaduras Eléctricas</p> <p>Quemaduras por Rayos</p> <p>Quemaduras Químicas</p>	<p>Facilitadora: Exposición del Contenido Presentación de la Información</p> <p>Participantes: Intervenir activamente Discusión Grupal Conclusiones</p>	<p>Disertación del Tema</p> <p>Presentación del Programa educativo</p> <p>prestación de cuidados</p> <p>Exposición</p> <p>Preguntas</p>	<p>Rotafolios</p> <p>Lápices</p> <p>Papel</p> <p>Material Audiovisual</p>	<p>Presentación Activa de los Profesionales</p> <p>Preguntas Relacionadas sobre el tema</p>

Unidad VIII: Aspectos Psicosociales y de Reintegración

Objetivo Terminal: Al finalizar, la unidad, los profesionales de enfermería estarán en capacidad identificar emociones depresivas o tristeza para implementar la relación terapéutica evitando traumas posteriores a dichos pacientes.

Objetivo Especifico	Contenido	Actividades	Estrategias	Recursos	Evaluación
Motivar y enseñar a los profesionales enfermería sobre la importancia de la comunicación terapéutica para lograr la reincorporación del individuo a la sociedad.	<p>Patrón de Recuperación Psicosocial</p> <p>Fase de Cuidados Críticos</p> <p>Fase de Reintegración y Fase de Rehabilitación y Post-hospitalaria</p>	<p>Facilitadora:</p> <p>Exposición del Contenido</p> <p>Presentación de la Información</p> <p>Participantes:</p> <p>Intervenir activamente</p> <p>Discusión Grupal</p> <p>Conclusiones</p>	<p>Disertación del Tema</p> <p>Presentación del Programa educativo</p> <p>prestación de cuidados</p> <p>Exposición</p> <p>Preguntas</p>	<p>Rotafolios</p> <p>Lápices</p> <p>Papel</p> <p>Material</p> <p>Audiovisual</p>	<p>Presentación Activa de los Profesionales</p> <p>Preguntas Relacionadas sobre el tema</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRANCO R, Fernando. (2006). **Pronóstico del paciente con Quemaduras. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos.** Unimet. Colombia. www.unimet.com

BELTRÁN, Claudia. (2005). **Cuidados de las quemaduras.** Medicus. Colombia. www.abcmedicus.com

BLANCO, Ruth (2002). **Intervención de la enfermería en el cuidado inicial del usuario con lesiones de quemaduras** en el área de emergencia de la unidad de salud ocupacional de CVG Alcasa en Guayana en el primer semestre del año 2002. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciada en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

BUENO T.D, Ramón (2006). **Unos 340 pacientes al año atiende Hospital de Almenara.** Gestión Médica Especialidad. España. www.gestión.com

CÁCERES, Karelys (2005). **Guía de orientación sobre el cuidado a paciente en la etapa preoperatorio dirigido al personal de enfermería** en el servicios de Cirugía I y II del hospital José María Vargas en el ultimo semestre del año 2004. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciada en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

CANALES, Francisca. (2006). Metodología de la Investigación. Editorial Limusa. Mexico.

CELA, J. (2006). **Anestesia en pacientes quemados.** <http://www.Anestesiaenpacientesquemados.com>

CORPORACIÓN O. E. C VENEZUELA. (2005). **Manejo Pre-IntraHospitalario del Paciente Quemado**. Caracas, Venezuela.

DUEÑAS F, José. (2001). **Cuidados de Enfermería en las quemaduras**. España. www.terra.es/personal/duena/home.html.

DOMÍNGUEZ, R y Bermudez, M. (2006). **Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos**. Barcelona, España. www.tratado.unimet.edu.com

Encyclopedia children's health. (2006) Children's Hospital Central California. Kohl's. EE.UU. www.childrenscentralcal.org

FERNÁNDEZ, J. (2006) **Valoración y Cuidados en Quemaduras**. <http://www.unidadpediatricayneonatologia.queaduras.com>

FIDIAS, A. (2004). **Proyecto de Investigación**. Caracas, Venezuela. Editorial Episteme.

FLORES, Mary (2000). **Calidad de los Cuidados de Enfermería en la atención de los pacientes quemados** en la unidad de Cirugía y traumatología del Hospital "Dr. Luis Razetti" del estado Barinas. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciada en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

FORERO N, Blanca. (2006). **Intervención de Enfermería en el manejo del dolor del paciente quemado**. Unidad de Quemado Hospital Simón Bolívar. Colombia. Disponible en: www.encolombia.com

GOYO M, GONZÁLEZ O, JIMÉNEZ A (1999) **"Quemaduras ¿Un juego de niños? Actualización de quemaduras rumbo al 2000**. Primera edición. Editorial Ateproca. Caracas-Venezuela.

GARRIDO, C. (2004). **Quemaduras**. <http://www.cirugest.com>

HERNÁNDEZ, A. (2006). **Administración de los Cuidados de Enfermería**. http://www.AdministraciónServ_Enfermería.com

HERNÁNDEZ, M. (2006). **Modelos y Teorías**.
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm

HOMEIER, Bárbara. (2004). **Quemaduras**. Nemours foundation. Kids health. EE.UU. www.kidshealth.org

HURTADO, Jacqueline. (2006). El Proyecto de Investigación Holística. Ediciones Quiròn: Bogota- Colombia.

LEDEZMA F, Cesar. (2003). **Manejo en Quemaduras**. Venezuela.

OSUNA, Eduardo. (2000). **Normas para la elaboración, presentación y evaluación de los trabajos especiales de grado**. Universidad Santa Maria. Venezuela.

PALMA, C. (2004). **Anestesia en Quemados**.
<http://www.socanestesia.d/index.asp>

Quemaduras. (2006). Mexico. www.cirugiaplástica.org.mx/index.html

Quemaduras. (2003). Tu Salud. Educación médica continúa. México.
www.tusalud.com.mx

SAMPIERE, Roberto.(2003). Metodología de la Investigación. Editorial McGraw- Hill Interamericana: México – DF.

SANTOS, C. (2005). **Guía Básico para Tratamiento de Pacientes Quemados**. Republica Dominicana: Altermisa

SANTOS, C. (2006). Consultado el 27 de Agosto 2006
<http://www.anamet.gov.dol.quemados>

SANTANDER, W. (2004). **¿COMO DISEÑAR UNA GUÍA?**
<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEEZZkZEVAiSmkeNWw.php>

TAMAYO, Mario (2002). **El Proceso de la Investigación Científica**.
Editorial Limusa: México- DF.

TOMIELLO, Fernando. (2006). **Como y porque hidratar a un paciente quemado**. Argentina. www.anestesiapediatrica.com.ar

YEPÉZ, Soraya (2000). **Información a los padres sobre prevención de complicaciones en pacientes quemados menores de diez años**, hospitalizados en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva del hospital "J M de los Ríos". Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciada en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

VERACRUZ, Silvina. (2003) **Amputación de pacientes quemados**. Instituto de Ciencias de la rehabilitación y el movimiento.
www.monografia.com

ZAPATA, R. (2004). **Marcados Para Siempre**. <http://www.Genitiuno.com>

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de

Recolección de datos

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**Programa Educativo dirigido a los profesionales de Enfermería que
prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos
quemados, hospitalizados en la unidad de emergencia del Hospital
de Niño José Manuel de los Ríos en el Cuatro trimestre del 2007**

Autores:

Gómez Jarolina

Quintero Carolina

Larralde Charlotte

Caracas, Octubre 2007

Presentación

El presente instrumento tiene como la finalidad obtener datos acerca de la información que posee el personal de enfermería sobre los cuidados que se prestan en los pacientes pediátricos quemados hospitalizados en el área de emergencia del Hospital de Niño José Manuel de los Ríos de Caracas

La Información solicitada será de gran importancia para la realización del siguiente estudio. El cual es un trabajo de Pregrado para optar al título de Licenciada de Enfermería

Gracias por su Colaboración

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUEMADOS

Instrucciones:

-

En las hojas siguientes encontrara una serie de preguntas en la cual usted seleccionara la respuesta correspondiente. Las siguientes preguntas son de selección simple en la cual encerrará en círculo la respuesta correcta, también hay preguntas de verdadero y falso en donde marcará con “**X**” la respuesta adecuada y preguntas en la que habrá de enumerar las respuesta según el orden que debe de llevar.

1. ¿Cual es la clasificación básica de las quemaduras?:
 - a. **Primero, segundo y tercer grado**
 - b. Coagulación, necrosis y estasis e hiperemia
 - c. *Térmica, química y eléctrica*
 - d. Ningunas anteriores

2. ¿Todas las lesiones cutáneas profundas que afectan los músculos, huesos son definición de:
 - a. Quemadura de Primer Grado
 - b. Quemaduras de segundo grado
 - c. Quemaduras de tercer grado
 - d. **Quemaduras de Cuarto grado**

3. ¿Dependiendo el agente agresor las quemaduras pueden ser:
Térmicas, eléctricas y químicas?

V__X__

F__

4. ¿Las quemaduras pueden ser valoradas según la extensión o profundidad?

V_X_

F__

5. ¿Para medir el porcentaje de superficie corporal en niños, cual reglas es la más usada?:

a. **Regla de los nueves (Wallece)**

b. *Clasificación de Lund y Browder*

c. Todas anteriores.

6. ¿Los cambios neurológicos causado por las quemaduras son debido a:

a. *Hipoxia*

b. Sepsis

c. Desequilibrios electrolítico

d. **Todas las anteriores**

7. ¿Cual es la prioridad en una lesión por inhalación?

a. **Control de la vía aérea**

b. Control de Fluidos

c. Volemia

8. ¿La lesión directa de la vía aérea origina:

a. Obstrucción de la vía aérea

b. Quemadura facial

c. Deterioro de la Conciencia

d. **Espasmo laríngeo o edema**

9. ¿Pacientes con quemaduras inhaladas pueden usar PEEP?

V_X__

F__

10. ¿En la Respuesta humoral térmica producida por las quemaduras que se produce:

- a. Aumento del Gasto energético
- b. Catabolismo Proteico mayor
- c. Todas las Anteriores**
- d. Ningunas de las Anteriores.

11. El daño gastrointestinal producida por la injurias ocasiona ulceraciones llamadas Cusling?

V_X__

F__

12. ¿La forma de monitorizar la reposición de líquidos? es:

- a. Gasto urinario
- b. Balance hídrico
- c. Flujo urinario Horario
- d. Todas anteriores**

13. La valoración del paciente quemado deben seguir un orden de prioridad ¿Cual es el Orden?

- a. Valoración sobre distinto órganos, Permeabilizacion de la vía aérea, estabilización hemodinámica, vía venosa
- b. Permeabilizacion de la vía aérea, vía venosa, estabilización hemodinámica evaluación sobre distinto órganos**

14 ¿Al tener la vía venosa se infunde líquidos? Para recuperar la volemia para aumentar:

- a. Fluidos por expansión
- b. Fugas de distintos compartimientos
- c. Daño de membrana capilar
- d. Todas las anteriores**

15. ¿La reanimación en niños es diferente al adulto?

V__X__

F__

16. ¿Cuanto tiempo dura el periodo de reanimación aguda post – quemadura?:

- a. **24\72 horas**
- b. 48\72 horas
- c. 72 horas y más

17. ¿El dolor expresado por los pacientes quemados es debido a?

- a. Dolor basal / Dolor provocado
- b. Dolor cicatrización / Dolor ansiedad
- c. **Todas Anteriores**
- d. Ningunas Anteriores

18 ¿Dolor es tratado con?

- a. **Opiáceos / Metamizol / Paracetamol**
- b. Aines / Acetaminofen
- c. Todas Anteriores
- d. Ningunas Anteriores

19 ¿Cuál es la mejor vía a utilizar para alimentar a un paciente quemado las primeras 24- 72 horas?

- a. **Digestiva**
- b. Parenteral
- c. Ninguna de las anteriores
- d. Todas las Anteriores

20 ¿La nutrición enteral precoz evita?

- a. Fenómeno de la Translocación Bacteriana
- b. Reduce el grado de la respuesta hipermetabólica al estrés
- c. Protege la mucosa intestinal.
- d. Todas de las Anteriores**

21. ¿El germen que se aísla con mayor frecuencia en los tejidos con quemaduras es el Staphylococcus aureus?

V__X__

F__

22 ¿Cuál es la principal causa de muerte en pacientes quemados?

- a. Infección**
- b. Shock por quemadura
- c. Edema o espasmos laríngeos.

23 ¿El tratamiento tópico de las quemaduras se basan en?

- a. Limpieza frecuente
- b. Debridamiento precoz
- c. Exposición al aire
- d. Todas anteriores**

24. ¿La primera cura se deben cambiar?

- a. 3 a 4 días
- b. Primeras 24 horas**
- c. 24 a 48 horas
- d. Ningunas anteriores

25. ¿Cuál es la crema mas utilizada?

- a. Sulfadiazina Plata**
- b. Bacitracina
- c. Neomicina
- d. Povidona Iodada

26. ¿La comunicación terapéutica ayuda a brindar apoyo emocional?

V_X_

F__

27. ¿El estrés postraumático es:

- a. La recuperación – rehabilitación de sus cicatrices para volver a la sociedad
- b. Un trance del usuario, vivir la etapa de aceptación y negación
- c. El temor relacionado con un accidente y subsiguiente reacción emocional
- d. Todas las anteriores**

ANEXO B

**Confiabilidad del Instrumento de
Recolección de Datos**

Confiabilidad del Instrumento de Recolección de Datos Método Test- Retest

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Total	
Muestra Piloto																													
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1/26
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4/23
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	5/22
4	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	6/21
5	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	7/20
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	5/22
Total	6	3/3	6	6	2/4	1/5	6	6	6	3/3	6	4/2	2/4	3/3	2/4	6	6	6	2/4	1/5	2/4	6	1/5	2/4	6	6	6	28/134	

0 = Respuestas Negativas

1 = Respuestas Afirmativas

162 → 100%

134 → 83%

ANEXO C

Validez del Instrumento de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Robael Pinto portador de la Cedula de Identidad
N° 3.244.235 en mi carácter de profesional o docente
experto en Metodología certifico que e leído y revisado el
instrumento para la recolección de datos de la investigación que
desarrollo las ciudadana Jarolina Gómez, Charlotte Larralde y Carolina
Quintero en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: Programa
Educativo dirigido a los profesionales de enfermería que prestan cuidados
de atención directa a pacientes pediátricos quemados, hospitalizados en
la unidad de emergencia del Hospital de niño José Manuel de los Ríos en
el cuarto trimestre del año 2007, los cuales a mi criterio reúne los
requisitos de validez.

Fecha: 13/02/08
Nombre: Robael Pinto
C. I N°: 3.244.235
Firma: [Firma manuscrita]

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Soraya V. V. V. portador de la Cedula de Identidad N° 6.940.166 en mi carácter de profesional o docente experto en Quemados certifico que e leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollo las ciudadana Jarolina Gómez, Charlotte Larralde y Carolina Quintero en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: Programa Educativo dirigido a los profesionales de enfermería que prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados, hospitalizados en la unidad de emergencia del Hospital de niño José Manuel de los Ríos en el cuarto trimestre del año 2007, los cuales a mi criterio reúne los requisitos de validez.

Fecha: 13-02-08.
Nombre: Soraya V. V. V.
C. I N°: 6.940.166
Firma: Soraya V. V. V.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Luis Enrique Amaro portador de la Cedula de Identidad N° 11427 475 en mi carácter de profesional o docente experto en AREAS CRITICAS certifico que e leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollo las ciudadana Jarolina Gómez, Charlotte Larralde y Carolina Quintero en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: Programa Educativo dirigido a los profesionales de enfermería que prestan cuidados de atención directa a pacientes pediátricos quemados, hospitalizados en la unidad de emergencia del Hospital de niño José Manuel de los Ríos en el cuarto trimestre del año 2007, los cuales a mi criterio reúne los requisitos de validez.



Fecha: 13 Febrero 2008
Nombre: Luis Amaro
C. I N°: 11427 475
Firma: [Handwritten Signature]

Amaro A. Luis E.
C.I. 11.427.475
S.O.P.C. (GN)
Lic. en Enf. UCV

