

**CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA AL NIÑO QUEMADO EN ETAPA
AGUDA SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**

**LEIDY CONSTANZA PARRA
GINA FERNANDA LOSADA
ALBA ROCIO CAMACHO
LUZ ANGELICA GASCA
FABIAN BAUTISTA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA
2003**

**CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA AL NIÑO QUEMADO EN ETAPA
AGUDA SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**

**LEIDY CONSTANZA PARRA
GINA FERNANDA LOSADA
ALBA ROCIO CAMACHO
LUZ ANGELICA GASCA
FABIAN BAUTISTA**

**Trabajo de investigación presentado como prerrequisito
para optar por el título de Enfermera(o)**

**Asesora:
LILIA DURAN
Enfermera**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA
2003**

DEDICATORIA

A Dios que es la luz y guía de nuestro caminar, a los niños de la unidad pediátrica que hicieron posible la realización de la investigación y a nuestras familias por su inmensa colaboración y apoyo incondicional.

Angélica, Gina, Rocío. Leidy y Fabián.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Lilia Durán, Docente asignatura investigación de la USCO y María Olga Salazar, Docente asignatura investigación de la USCO, por sus valiosos aportes en pro de nuestro aprendizaje.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. REFERENTE CONCEPTUAL	17
1.1 ASPECTOS GENERALES Y FISIOPATOLÓGICOS DE LAS QUEMADURAS	17
1.1.1 Fisiopatología	18
1.1.2 Clasificación de las quemaduras	25
1.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO	29
1.2.1 Diagnósticos de enfermería relacionados con el aspecto físico del paciente pediátrico quemado.	34
1.2.2 Diagnósticos de enfermería relacionados con el aspecto socioemocional del paciente pediátrico quemado.	43
1.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	46
2. METODOLOGÍA	51
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
2.2 POBLACION Y MUESTRA	51

2.3	METODO, TÉCNICA, INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN	52
2.4	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL ESTUDIO	52
2.5	PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	53
2.6	ETICIDAD	53
3.	RESULTADOS	54
3.1	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL CUIDADO FISICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO EN LA ETAPA AGUDA.	55
3.1.1	Riesgo de exceso de volumen de líquidos r/c la reanudación de la integridad capilar y el intercambio de líquido del compartimiento intersticial al intravascular.	55
3.1.2	Riesgo de hipertermia r/c restauración del hipermetabolismo y estado infeccioso.	56
3.1.3	Presencia de dolor r/c nervios expuestos, cicatrización de heridas y tratamiento.	56
3.1.4	Riesgo de alteración de la nutrición r/c anorexia, ayuno prolongado por tratamiento quirúrgico, hipermetabolismo y cicatrización de heridas.	57
3.1.5	Riesgo de infección r/c pérdida de la barrera cutánea, deterioro de la respuesta inmunológica, LEV e incumplimiento de técnica aséptica e higiene ambiental.	58

	Pág.
3.1.6 Posible contracturas r/c dolor, inmovilidad prolongada.	60
3.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL CUIDADO SOCIOEMOCIONAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO EN LA ETAPA AGUDA.	61
3.2.1 Riesgo de alteración de los procesos familiares r/c la lesión por quemaduras.	61
3.2.2 Miedo y ansiedad r/c posibles sentimientos de culpabilidad, temor a intervenciones del personal o a la muerte.	62
3.3 REGISTROS	62
3.4 RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	63
4. DISCUSION	64
5. CONCLUSIONES	67
6. RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	72

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Control De Reacciones Adversas De Medicamentos De Acción Gastrointestinal Por Parte Del Personal De Enfermería A Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda.	58
Cuadro 2. Medidas Antisépticas Que Práctica El Personal De Enfermería En Los Procedimientos Con El Fin De Disminuir El Riesgo De Infección En El Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.	59
Cuadro 3. Tipo De Curación Diaria Ó Interdiaria Aplicada Al Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.	59
Cuadro 4. Medidas De Tratamiento Ante La Flebitis Aplicadas Por Enfermería Al Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.	60
Cuadro 5. Actividades Que Realiza El Personal De Enfermería Relacionado Con El Riesgo De Contracturas En Los Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda.	60
Cuadro 6. Registros Correspondientes Según El Cuidado Que Brinda El Personal De Enfermería Al Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.	62
Cuadro 7. Informes Que Hace El Personal De Enfermería En La Entrega Y Recibo De Turno Sobre Cambios Presentados En El Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.	63

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución Por Edad Y Género De Los Pacientes Quemados En Etapa Aguda.	54
Gráfica 2. Distribución Por Grado De Quemadura De Los Pacientes Con Quemadura En Etapa Aguda.	54
Gráfica 3. Control De Signos Vitales Como Mínimo C/4 Horas De Los Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda.	55
Gráfica 4. Actividades Que Realiza El Personal De Enfermería Relacionado Con El Riesgo De Exceso De Volumen De Líquidos En Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda .	56
Gráfica 5. Actividades Que Realiza El Personal De Enfermería Ante La Presencia De Dolor En Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda.	57
Gráfica 6. Actividades Que Realiza El Personal De Enfermería Relacionado Con El Riesgo De Infección De Los Pacientes Pediátricos Quemados En La Etapa Aguda.	58
Gráfica 7. Actividades Que Realiza El Profesional De Enfermería Relacionado Con Riesgo De Alteración De Los Procesos Familiares Del Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.	61

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Autorización para la investigación en el Servicio de Pediatría H.U.N.H.M.P.	73
Anexo 2. Guía para la recolección de datos mediante la observación, registros de la historia clínica e informes en la entrega – recibo de turno del personal de enfermería al niño quemado en el servicio de pediatría H.U.N.H.M.P.	74

RESUMEN

Objetivos: Describir el cuidado integral de enfermería en niños hospitalizados con quemaduras de II y III grado durante la etapa aguda.

Diseño: Estudio descriptivo propiamente dicho de corte transversal, tabulado por medio de tablas y analizado de forma cuantitativa.

Resultados: En la distribución por género de los pacientes quemados se encontró que el sexo masculino es el más afectado (88.9%). Se observó que los cuidados que no tienen ningún cumplimiento son: aplicación de medidas antisépticas antes de un procedimiento como postura de bata (100%), gorro (100%) y mascarilla (100%), control del peso (100%) y evitar el contacto con personas con infecciones respiratorias o cutáneas (100%). Los cuidados con menor cumplimiento son: cambio del equipo de venoclisis cada 72 horas (66.7%) y lavado de manos antes de las curaciones (66.7%) y en el control de signos vitales como tensión arterial (22.2%), frecuencia cardíaca (33.3%) y frecuencia respiratoria (33.3%). Los cuidados con mayor cumplimiento son: postura de guantes estériles en los procedimientos (88.9%) y explicación a la familia la evolución, tratamiento y procedimientos que se le realizan al paciente (77.8%). Los cuidados con un total cumplimiento son: control como mínimo cada 4 horas de la temperatura (100%), control de líquidos administrados y eliminados (100%), administración de analgésicos antes de la curación (100%), control de signos y síntomas de infección (100%), baño diario (100%) y ubicación del paciente en el centro de la cama (100%).

Conclusiones: Se detectaron debilidades y fortalezas en los cuidados relacionados con los aspectos físicos y socioemocionales del niño quemado al igual que las condiciones ambientales, permitiendo recomendar acciones cuyo fin sería el de mejorar la calidad de atención para estos pacientes.

Palabras claves: Plan de Atención de Enfermería, cuidado integral, niño quemado, etapa aguda, servicio de pediatría del H.U.N.H.M.P.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son una de las formas de trauma comunes que causan alteraciones en todas las esferas del ser humano y comprometen la vida del paciente ya sea por efecto directo o por sus complicaciones; haciendo que el cuidado que se brinde sea integral mediante una atención interdisciplinaria, que garantice la supervivencia y óptima recuperación del paciente.

El paciente pediátrico quemado siempre será el reto de los servicios de urgencias y hospitalizaciones y prueba fehaciente del trabajo en equipo y de las adecuadas maniobras de atención de todo el personal de salud y especialmente del cuerpo de enfermería, que es el encargado del cuidado integral y continuo del paciente.

Según el libro de ingresos y egresos del servicio de pediatría del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo (H.U.N.H.M.P.), en el año 2001 ingresaron de tres a cuatro niños por mes, debido a quemaduras de diferentes grados I, II, III, por gasolina, líquidos hirvientes, pólvora y electricidad. Los pacientes se encontraban en edades entre los 10 meses y 13 años y su estadía en el Hospital varió según el grado, extensión y presencia de complicaciones, así: De grado I y II y una extensión de 10 a 25% con una estadía de 8 a 15 días y de grado III con el 30 y 60% de extensión, una estadía de 90 a 150 días. Durante el año 2002 se llevó un registro de 32 niños por quemaduras manteniendo igual el promedio de ingresos por mes que el año anterior. Los pacientes se encontraban en edades entre 8 meses y 13 años variando su estadía así: De I y II grado y una extensión del 10 a 14% con una estancia de 10 a 24 días; de grado II con 10 a 85% de extensión una hospitalización de 3 a 34 días y de grado II y III con una extensión del 10 a 43% con una estancia de 6 a 15 días.

El Hospital contaba con un pabellón para quemaduras pediátricas, pero fue cerrado hace dos años debido a las condiciones inadecuadas para la atención libre de riesgos a este tipo de pacientes.

En la Unidad Pediátrica, según información del personal de salud que labora allí, no se sigue un protocolo de atención de quemaduras; el protocolo inicial de quemaduras es manejado por el personal de salud en Urgencias donde se clasifica al paciente por gravedad y se decide si el paciente se hospitaliza ó sigue el tratamiento ambulatorio. En el piso cada caso se maneja según órdenes médicas.

Con base en la observación no sistemática, una encuesta aplicada al personal de enfermería y la revisión de historias clínicas, se identificaron hechos como el de no pesar al paciente durante su hospitalización, sino únicamente al ingreso a urgencias, no tomar signos vitales con la frecuencia requerida; además no se da relevancia a programas de información sobre las técnicas de cuidado que se deben emplear para tener un óptimo ambiente hospitalario, que disminuya la posibilidad de infección o complicaciones en niños con la ayuda de la población visitante (estado higiénico, restricción de alimentos, no visitantes simultáneos, etc). En algunas ocasiones no se cuenta con material de buena calidad para realizar las curaciones, ni medidas de barrera como bata, gorro, tapaboca con el fin de evitar la contaminación y el proceso de infección en el paciente. Al mismo tiempo se encontraron debilidades en la técnica de curación, en la falta de lavado adecuado de manos. Entre las infecciones que presentaron algunos pacientes, la más común fue la infección por pseudomona. Además se observó la casi nula intervención de enfermería en el aspecto emocional y afectivo del niño quemado.

A nivel del servicio de pediatría del H.U.N.H.M.P. se carece de registros con los que se evidencie el proceso de enfermería con sus diagnósticos, plan de atención, ejecución y evaluación; se carece de información sistemática sobre técnicas de curación, los pasos y elementos necesarios para la realización de la curación, las características físico-ambientales del sitio de curación y la atención a nivel socioemocional del niño, lo que hacen sentir la necesidad de un estudio que identifique los diagnósticos de enfermería específicos en el tratamiento de las quemaduras de II y III grado y así determinar fortalezas, debilidades e información básica inicial y de motivación, para realizar otra investigación con el propósito de establecer el respectivo protocolo de atención.

Por todos los hechos ya mencionados, se formuló el problema con el siguiente interrogante: *“¿Cuál es el cuidado integral de enfermería que recibe el niño quemado que ingresa al servicio de pediatría durante la etapa aguda en el H.U.N.H.M.P?”*

Esta investigación se realizó con el objetivo general de describir el cuidado integral de enfermería que recibe el niño con quemaduras de II y III grado durante la etapa aguda en la unidad pediátrica del Hospital Universitario de Neiva. Para lograr esta finalidad se plantearon objetivos específicos como el de identificar con base en el ambiente sin riesgos y en los diagnósticos de enfermería, los cuidados relacionados con los aspectos físicos y socioemocionales del paciente pediátrico con quemaduras de II y III grado, durante la etapa aguda.

En el proceso de búsqueda de investigaciones afines con el problema en estudio, no se encontró ningún tipo de investigación que tuviera el mismo interrogante de estudio a nivel internacional, nacional ni regional. Sin embargo a nivel Internacional se encontró el estudio denominado “Protocolo de Atención a Pacientes Quemados¹”, que hace referencia al nivel prepatogénico y clínico de la enfermedad.

A nivel Nacional se realizó el estudio denominado “La Amenaza de las Quemaduras en Poblaciones Susceptibles²”, donde se expone que los niños son la población más susceptible a los traumatismos calóricos, el 80% de los quemados son niños y de ese 80% la gran mayoría se da por descuido de sus tutores, en niños mayores de 13 años de edad, la mortalidad es esencialmente la misma que en los adultos, pero en pequeños de menor de edad, la resistencia a la lesión térmica o sus lesiones aminoran notablemente, posiblemente por la inmadurez fisiológica.

A nivel Regional se encontraron dos investigaciones, la primera titulada: “Quemaduras en pacientes de edad pediátrica, ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo³”, donde se planteó como problema de investigación, *Cual ha sido la incidencia y características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por quemaduras en el servicio de pediatría del E.S.E. H.U.N.H.M.P. en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre de 1997.* Para ello establecieron como objetivo general de la investigación: *Describir los diferentes factores involucrados en el comportamiento epidemiológico de las quemaduras en el grupo de estudio y de esta forma dar pautas para un manejo preventivo y médico ideal*

Como Objetivos Específicos proporcional a sus variables independientes plantearon: *Establecer la causa más frecuente de las quemaduras, el lugar de procedencia, determinar sexo, grupo étnico predominante, parte corporal que se afectó con mayor frecuencia, SCQ, tiempo de latencia, si hubo manejo empírico inicial, manejo intrahospitalario, frecuencia de complicaciones de tipo infeccioso, principal germen asociado y tiempo de permanencia intrahospitalaria de los pacientes pediátricos.*

Durante el periodo comprendido por el estudio (1 año) se encontrarán: 37 pacientes hospitalizados en Servicio de Pediatría en la E.S.E. H.U.H.M.P. con diagnóstico de quemadura, con un promedio de hospitalización mensual de 3 pacientes. El principal tipo de quemadura, fue la escaldadura ocasionada por líquidos calientes y sustancias inflamables (78.4%), la mayor parte de los pacientes quemados fueron niños menores de 6 años (78.4%) en mayor frecuencia en niños de 1 año (29.7%). Predominó 67.6% el sexo masculino y con mayor frecuencia en zonas rurales (51.4%).

1. LORAYNE y CLERY, Anthony. Protocolo de Atención a Pacientes Quemados. Estados Unidos: Boston, 1999.

2. CAMACHO, Andrés. La Amenaza de las Quemaduras en Poblaciones Susceptibles. Colombia: Santafé de Bogotá, 2000.

3. MONTEALEGRE, Carlos y Otros. Quemaduras en pacientes de edad pediátrica, ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Colombia: Neiva, 1997

El tiempo promedio de hospitalización fue de 22 días, con área corporal quemada afectada con mayor frecuencia la cabeza (cara-cuello) 54.1% con una SCQ 10-20% de su extensión en el 62% de los casos y con profundidad grado II de quemadura en el 89.2% de la población, la latencia promedio se encuentra entre 1 y 23 horas (54%), el 32.4% de los menores quemados recibieron manejo empírico inicial y además la infección intrahospitalaria fue del 51.4%. Como ha de verse son cifras significativamente importante para comprender la importancia de esta clase de investigaciones.

La segunda investigación encontrada fue “Casos más frecuentes de quemaduras en niños de 0 a 15 años, en la unidad de pediatría en el Hospital Departamental de Neiva, del período comprendido de Junio 01 de 1997 a Junio 01 de 1998⁴”, investigación orientada a identificar, analizar y comparar las causas de quemaduras en niños de 0 a 15 años. El Objetivo General del estudio consistía en *identificar las causas más frecuentes de quemaduras en niños del H.U.N.H.M.P. entre el periodo de 1 de junio de 1997 a 1 de junio de 1998*, para ella se plantearon los siguientes objetivos específicos proporcionales a las variables del estudio: *determinar incidencia por grupo etáreo, sexo, procedencia, evolución del paciente durante la hospitalización, clasificar la gravedad de las quemaduras, determinar tiempo de evolución desde la quemadura a la atención, complicaciones intrahospitalarias*. Para obtener la información esperada del estudio se utilizó un tipo de investigación descriptivo observacional del corte transversal, su técnica de recolección de información utilizada fue la revisión de Historias Clínicas existentes en el departamento de estadística. Durante la reunión de la información se encontraron 84 casos archivados de los cuales 60 Historias Clínicas correspondían a diagnóstico quemaduras en el periodo comprendido, al igual que los resultados de la anterior investigación coinciden con la causa más frecuente de las quemaduras en niños, escaldadura por líquidos hirvientes y sustancias inflamables, el grupo etáreo más afectado lo comprenden las de cero a dos años. Neiva ocupó el primer lugar de los sitios de procedencia de estos pacientes seguido por otros municipios y parte del Caquetá. Continúa la quemadura de II grado como la más frecuente y la sobreinfección la complicación más significativa. Esta investigación arroja unas recomendaciones importantes como: registro único y detallado de la información existente en las HCl de los pacientes, programas de promoción y prevención de dicha patología en la comunidad y capacitación del personal médico y enfermería para buen manejo intrahospitalario de esta clase de pacientes.

La utilidad del estudio se centró en el hecho de al identificar fortalezas y el cuidado de enfermería en el tratamiento de las quemaduras de II y III grado, se podrá retroalimentar el proceso de capacitación y actualización del personal de enfermería en el H.U.N.H.M.P.

4. SANDOVAL, Oscar y otros. Casos más frecuentes de quemaduras en niños de 0 a 15 años, en la unidad de pediatría en el Hospital Departamental de Neiva, del período comprendido de Junio 01 de 1997 a Junio 01 de 1998. Colombia: Neiva, 1998.

El estudio fue factible y viable dado que se tuvo facilidad de acceso al Hospital por medio del convenio docente-asistencial entre la USCO y la ESE H.U.N.H.M.P; se contó con permiso por parte de la Jefe del piso donde se realizó el estudio (véase anexo N. 1). Los recursos para su ejecución estuvieron al alcance de los investigadores; además el tiempo necesario para su realización estuvo acorde con el tiempo disponible de los mismos, pero no se contó con una población significativa en cuanto al número de pacientes, debido al escaso ingreso de estos, por lo tanto el nivel de generalización de los resultados se limita al servicio de pediatría del H.U.N.H.M.P. y a otros servicios que presenten igual número de ingresos.

1. REFERENTE CONCEPTUAL

Para efectos de esta investigación en el referente conceptual se incluyen los siguientes núcleos temáticos:

- 📖 Aspectos generales y fisiopatológicos de las quemaduras.
- 📖 Proceso de atención de enfermería (aspectos físicos, ambientales y socioemocionales) a pacientes pediátricos con quemaduras.

1.1 ASPECTOS GENERALES Y FISIOPATOLÓGICOS DE LAS QUEMADURAS

Las quemaduras son el resultado de la aplicación de energía a una rata tan rápida imposible de disipar ocasionando destrucción tisular⁵.

Las quemaduras pueden ser causadas por agentes térmicos químicos, eléctricos o más raramente radioactivas. Las lesiones térmicas son las más frecuentes seguidas por las químicas y las eléctricas (Adams, Hunt y Perdue, 1991).⁶

<u>Térmicas</u>	<u>Químicas</u>	<u>Eléctricas</u>
Flama	Ácidos	Alto voltaje
Contacto	Álcalis	Bajo voltaje
Escaldaduras		Relámpago
Gas		
Eléctricas		
Flash		

Térmicas

Flama: Causa trauma directo sobre el tejido, además puede aumentar la lesión al producir ignición de la ropa especialmente las fibras sintéticas que se adhieren directamente a la superficie aumentando la extensión de la lesión.

Contacto: Como su nombre lo indica resulta del contacto directo con objetos calientes y está confinado a los puntos de contacto.

5. SALGADO GARCIA, Doris. Urgencias Pediátricas, Capítulo Manejo del Paciente Pediátrico Quemado en Urgencias. 1^{era} edición. Colombia: Neiva., 2002.

6. WHALEY & WONG. Enfermería Pediátrica. 4^{ta} edición. España: Madrid, 1995.

Escaldaduras: Resultan del contacto con líquidos hirvientes. La consistencia aceitosa y el contacto más largo con la piel aumentan el daño. Las escaldaduras accidentales frecuentemente muestran un patrón de distribución, con áreas separadas por parches de piel sana.

Químicas.

Las quemaduras por álcalis se convierten en el riesgo más alto porque producen necrosis de licuefacción con desnaturalización de las proteínas y saponificación de las grasas. El tracto gastrointestinal se convierte en el blanco más seriamente comprometido por este tipo de agente. Produce gran dolor y edema que incluso puede comprometer el tracto respiratorio superior. El riesgo de perforación esofágica es absolutamente probable, por ello la observación cuidadosa de estos pacientes y evitar la emesis y el uso de sonda es definitivo. Los ácidos a pesar de tener un efecto menos deletéreo indudablemente tienen órganos que van a ser más seriamente afectados, es el caso especial del ojo, en el cual los cambios de pH pueden ocasionar lesiones definitivas con secuelas importantes para el niño.

Eléctricas

Las quemaduras por alto voltaje son aquellas que se presentan como accidente eléctrico con más de 500 voltios, se comportan como una quemadura térmica extensa que produce necrosis en profundidad del tejido por donde la corriente eléctrica ha migrado. En general no se asocia a pérdida del conocimiento, pero sí a mucho dolor; el pronóstico en estos pacientes es reservado, relacionado con la severidad de la mioglobinuria y a la falla renal a la que esté asociado.

En las quemaduras de bajo voltaje, se puede observar más fácilmente el circuito eléctrico en arco y es por ello que el paro cardiorrespiratorio está frecuentemente asociado.

1.1.1. Fisiopatología ⁷. Las lesiones térmicas producen efectos tanto locales como sistémicos que son directamente proporcionales a la magnitud de la destrucción del tejido. En las heridas superficiales la lesión del tejido es mínima, en las quemaduras de grosor parcial se produce considerable edema y una lesión capilar más grave. En las quemaduras de mayor importancia superiores al 30% de la superficie corporal total, existe una respuesta sistémica que supone un aumento de la permeabilidad capilar que favorece la pérdida de proteínas plasmáticas, líquidos y electrólitos. Los tejidos profundos, incluidos las vísceras suelen resultar dañados por quemaduras eléctricas o por contacto prolongado con el agente causal que llega a provocar necrosis e insuficiencia orgánica. La destrucción hística resulta de la coagulación, desnaturalización de

7. SALGADO GARCIA, Doris. Op Cit / BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Medicoquirúrgica. 8ª Edición, volumen II. México: México D.F. 1998.

proteínas ó ionización del contenido celular; la piel y mucosas de las vías respiratorias superiores son los sitios más frecuentes de necrosis.

Se debe recordar las 3 funciones básicas de la piel: regulación térmica y prevención de la pérdida de líquidos, barrera contra la infección y neurosensorial. Las quemaduras van a producir alteración en la homeostasis del organismo afectando todos los órganos de la economía.

Reacción sistémica: Los cambios fisiopatológicos derivados de quemaduras graves durante el periodo inicial de quemadura-choque incluyen hipoperfusión hística e hipofuncionamiento orgánico secundario a la reducción del gasto cardiaco seguido de una fase hiperdinámica e hipermetabólica.

El suceso sistémico inicial seguido de una lesión grave por quemadura es la inestabilidad hemodinámica derivada de la pérdida de la integridad capilar, produciendo extravasación de líquidos y proteínas del compartimiento intravascular al intersticial con la siguiente formación de edema en los tejidos sanos y quemados. La reducción notable y precoz del volumen plasmático y el aumento de la resistencia vascular periférica y el gasto cardiaco generado por la hipovolemia son las alteraciones más responsables de inestabilidad hemodinámica. La permeabilidad al paso de proteínas se normaliza luego de las primeras 24 horas por lo que podrán mantenerse en circulación los coloides administrados.

Reacción cardiovascular: El gasto cardiaco se reduce antes de que sea evidente algún cambio en el volumen sanguíneo. El sistema nervioso simpático reacciona y libera catecolaminas, que producen un incremento en la resistencia periférica (vasoconstricción) y en el pulso reduciendo aún más el gasto cardiaco.

La reanimación de “urgencias” con líquidos permite que la presión sanguínea se mantenga en el rango normal mejorando el gasto cardiaco. Aunque éste procedimiento sea adecuado, las presiones cardiacas de llenado, PVC, presión arterial pulmonar se mantienen bajas durante el período de choque por quemadura. La pérdida de líquidos de gran magnitud ocurre en las primeras 24 a 36 horas posteriores a la quemadura con un máximo de 6 a 8 horas después de la lesión.

A medida que los capilares recuperan su integridad, el líquido regresa al compartimiento vascular; al resorberse el líquido del tejido intersticial al compartimiento vascular, se eleva la volemia. Si el funcionamiento renal y

cardiaco es adecuado, aumenta la diuresis y ésta continúa de varios días a dos semanas.

En los pacientes que abarquen quemaduras de menos del 30% de la superficie corporal total, la pérdida de la integridad capilar y el desplazamiento de líquido aparecen en la quemadura misma en forma de ampollas y edema. Los pacientes con lesiones muy graves desarrollan edema sistémico masivo; dado que éste se incrementa circunferencialmente la presión de los vasos sanguíneos pequeños y nervios de las extremidades distales provocan obstrucción del flujo sanguíneo y por ende isquemia. En ésta complicación de síndrome de compartimiento suele ser necesaria la escarotomía.

Metabólicas: En respuesta a la injuria causada por la quemadura se produce una descarga adrenérgica, aumentando el glucagón, la ACTH, el Cortisol, la hormona de crecimiento y los mediadores de la inflamación, generando un aumento del gasto metabólico y requerimientos nutricionales que se ven compensados a partir de la movilización de las reservas de glucosa.

Respuesta metabólica posquemadura⁸

RESPUESTA		REAPUESTA FLUJO	
		Fase Aguda	Fase Adaptativa
Factores Dominantes	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Pérdida de volumen plasmático. ♦ Disminución de la perfusión tisular. ♦ Niveles bajos de insulina plasmática. ♦ Shock. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Elevación del flujo sanguíneo corporal total. ♦ Elevación de las catecolaminas, glucagón, glucocorticoides. ♦ Insulina sérica normal o elevada. ♦ Relación elevada de glucagón-insulina. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Descenso de la respuesta de las hormonas de estrés. ♦ Convalecencia.

8. GUYTON, Hall. Tratado de Fisiología Médica. 9ª Edición. México: México D.F., 1998.

<p>Características Metabólicas y Clínicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Disminución del consumo de oxígeno. ♦ Descenso del gasto energético. ♦ Descenso de la presión sanguínea. ♦ Disminución del volumen minuto. ♦ Descenso de la temperatura corporal 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Catabolismo ♦ Hiperglicemia ♦ Aumento de la frecuencia respiratoria. ♦ Aumento del consumo de oxígeno e hipermetabolismo. ♦ Aumento de la producción de dióxido de carbono. ♦ Incremento de la temperatura corporal. ♦ Redistribución de los cationes polivalentes (Zn y Fe). ♦ Aumento de la excreción urinaria de nitrógeno, sulfuros, magnesio, fósforo, potasio y creatinina. ♦ Gluconeogénesis acelerada. ♦ Movilización de la grasa. ♦ Incremento en el 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Anabolismo. ♦ Normoglucemia. ♦ Reducción del gasto energético. ♦ Los requerimientos nutricionales se aproximan a los previos al daño térmico.
---	--	---	--

		uso de aminoácidos como combustible para la oxidación.	
--	--	--	--

Respiratorios: Los pacientes con quemaduras manifiestan alteraciones pulmonares como la hipoxemia y falla ventilatoria que termina en sepsis pulmonar. Las lesiones pulmonares pueden ser en vías respiratorias superiores, las cuales se deben al calor directo ó edema pulmonar causado por el efecto de los mediadores de la inflamación y que predispone a la infección pulmonar, se manifiesta con obstrucción mecánica incluso de faringe y laringe; otras pueden ocurrir por debajo de la glotis debido a la irritación química de los tejidos corporales en el nivel alveolar, provoca pérdida de la acción ciliar, hipersecreción, broncospasmo y atelectasis; y por último pueden deberse al monóxido de carbono provocando hipoxia al combinarse con la hemoglobina para formar carboxihemoglobina, la cual compite por el oxígeno por los sitios disponibles para unirse con la hemoglobina.

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

Reacción en volumen de líquidos-electrolitos y sangre: La sangre circulante se reduce significativamente durante el shock por quemadura. La pérdida de líquido por evaporación, por lesión de la quemadura suele ser 3- 5 litros ó más en un período de 24 horas hasta que no se cubren las superficies quemadas.

En general se dá hiponatremia, es común en la primera semana cuando el agua pase del espacio intersticial al vascular. Se presenta hipercaliemia inmediatamente después de la lesión por quemadura por destrucción masiva de células; la hipocaliemia suele presentarse más tarde por el intercambio de líquidos y la ingestión inadecuada de potasio.

A nivel hematológico hay destrucción de glóbulos rojos por lo que se presenta anemia, aunque los valores de hematocritos están elevados por la pérdida de

plasma y para conservar la homeostasis. Ante la agresión la respuesta inflamatoria producirá leucocitosis con neutrofilia y el recuento plaquetario se disminuirá por secuestro en la zona quemada; además hay prolongación de los tiempos de coagulación y protrombina.

Inmunológicas: La alteración de las barreras mecánicas, la pérdida de proteínas incluyendo aquellas necesarias para la función inmunológica y la alteración de los mecanismos de defensa humoral y celular, hacen que a pesar de los esfuerzos por la lucha contra la infección, esta siga siendo la primera causa de muerte. Los productos de la degradación de la fibrina inhiben la función de los macrófagos, sustancias liberadas del tejido lesionado, posiblemente afecta los componentes II y V del complemento que están involucrados en la movilización de leucocitos al sitio de lesión.

Temperatura corporal del paciente quemado: Es importante tener en cuenta que al carecer de la barrera cutánea el paciente quemado no dispone de uno de los principales medios para mantener la temperatura (T°) corporal por lo que sino se toman medidas presentará hipotermia rápidamente.

Entre los efectos fisiopatológicos de la hipotermia está la disminución del gasto cardíaco y la posibilidad de arritmias, disminución de los factores humorales y la coagulación, el secuestro y la disminución de la actividad plaquetaria, la disminución del metabolismo y acidosis, el aumento de la viscosidad sanguínea y en el paciente no relajado la tiritera con aumento del consumo de O₂ que puede ser hasta 500%. Los pacientes hipotérmicos, temperatura inferior a 35°C en especial los niños y los ancianos, no deben ser entubados hasta que recupere la normotermia. Cuando el hipermetabolismo restaura la temperatura de los órganos internos, los quemados suelen estar hipertérmicos durante gran parte del período en estudio, incluso en ausencia de infecciones.

Control de complicaciones potenciales.⁹

– Insuficiencia cardíaca y edema pulmonar: El paciente se valora para detectar la sobrecarga de líquidos que pudiera presentarse por la movilización del líquido del compartimiento intersticial hasta el compartimiento intravascular. Si el sistema renal y el cardíaco no logran compensar el exceso de volumen vascular, suele presentarse insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar.

Las crepitaciones en los pulmones y las dificultades crecientes para respirar suelen ser indicio de acumulación de líquido en los pulmones, que debe ser comunicada de inmediato al médico. Entre tanto el paciente adopta una

9. BRUNNER Y SUDDARTH. Op Cit.

posición cómoda, con la cabecera de la cama levantada (si no esta contraindicada por otros tratamientos o lesiones) para favorecer la expansión de los pulmones y el intercambio de gases. El tratamiento de esta complicación incluye proporcionar oxígeno complementario, administrar diuréticos intravenosos, valorar cuidadosamente la respuesta del paciente, administrar medicamentos vasoactivos.

– Sepsis: Los primeros signos de sepsis sistémicas son útiles y exigen gran suspicacia y vigilancia estrecha en los cambios del paciente; incluyen entre otros, incremento de la temperatura, aceleración del pulso, presión del pulso ampliada, bochorno, piel seca en zonas no quemadas. Como en otras observaciones del paciente quemado, es necesario buscar patrones o tendencia en la información.

Se llevan a cabo los cultivos prescritos de sangre y herida y los resultados se comunican de inmediato al médico. La enfermera (o) observa para detectar también los primeros indicios de septicemia e interviene de inmediato administrando los líquidos y antibióticos prescritos para evitar el choque séptico, complicación que provoca una alta tasa de mortalidad. Para mantener el nivel adecuado de concentraciones sanguíneas, los antibióticos se administran de acuerdo al programa previsto. Se vigila los niveles de antibióticos en suero para detectar pruebas de efectividad máxima y efectos colaterales tóxicos.

– Insuficiencia respiratoria aguda: Se vigila estrechamente el estado respiratorio del paciente para detectar incrementos en los problemas para respirar, cambios en el patrón respiratorio e inicio de sonidos anormales. Es típico que en esta etapa se manifieste los signos y síntomas de lesiones en el sistema respiratorio y suele presentarse después insuficiencia respiratoria. Como se menciona antes, entre las manifestaciones potenciales que se detectan a la auscultación se encontrarán signos de hipoxia (escasez de oxígeno), reducción de los sonidos de la respiración, jadeos, taquipnea, estridores, esputo teñido de hollín o en ciertos casos, con tejido prendido de la traquea.

– Insuficiencia renal aguda (IRA): Los riñones tienen una notable capacidad para restablecerse de la acción de agentes lesivos. Por lo tanto en el tratamiento de la IRA se busca restablecer el equilibrio químico normal y evitar complicaciones para que el parénquima y la función de los riñones se restablezcan. Es importante identificar y corregir cualquier causa posible.

La enfermera (o) interviene en forma significativa en la asistencia a pacientes con insuficiencia renal aguda. Además de centrar la atención en el trastorno

primario que pudo intervenir en la génesis de la insuficiencia renal aguda, el personal de enfermería vigila al enfermo en busca de complicaciones, participa en el tratamiento urgente de desequilibrio de hidroelectrolitos, valora la evolución del sujeto y su respuesta al tratamiento y le brinda apoyo físico y emocional; además informa a los parientes sobre el estado psicológico. La aparición de la IRA puede constituir un problema que amenace la vida, pero la enfermera (o) sigue incluyendo en plan de cuidados las medidas asistenciales indicadas contra el trastorno primario (quemaduras, choque, traumatismo, obstrucción de vías urinarias).

1.1.2 Clasificación de las quemaduras. Las respuestas fisiológicas, el tratamiento, el pronóstico y la disposición del niño quemado están directamente relacionados con la cantidad de tejido quemado que ha sido destruido. También resulta importante determinar la gravedad de la lesión, su localización, agente causal, edad, presencia de alteraciones sistémicas. Las quemaduras se clasifican según la profundidad, la extensión del área quemada y la gravedad.

✍ Profundidad de la quemadura¹⁰: La piel tolera la exposición corta a temperaturas hasta de 40°C, pero de allí en adelante el incremento de la T° resulta en aumento logarítmico de la injuria tisular y a 70°C una exposición fugaz ya produce necrosis de la epidermis; la exposición a 65°C resulta en una magnitud de la lesión 10.000.000 veces que la que produce la exposición a 45°C. Según la profundidad de la necrosis las quemaduras se clasifican en:

Quemaduras de espesor parcial superficial o primer grado; solo comprometen la epidermis, provocando lesión al epitelio de la piel, sin compromiso de la dermis. En general existe un período de latencia que va seguido de eritema, las lesiones de tejidos es mínima, las funciones de protección de la piel permanecen intactas. Se manifiesta por dolor, ardor, superficie quemada uniforme, eritema y sana espontáneamente sin dejar cicatriz en un lapso de 3-5 días.

Quemaduras de espesor parcial o segundo grado; se dividen en 2 categorías de grosor parcial superficial y de grosor parcial profunda. Hay destrucción del epitelio y parte de la dermis papilar. Se manifiesta por vesículas, flictemas, superficie húmeda, exudado, ampollas, eritema, hipersensibilidad, quedan elementos dérmicos intactos que permiten que la herida cure espontáneamente en 14 a 28 días con cicatrización variable. Son profundas cuando lesionan la dermis reticular sin tomarla toda; se caracteriza por ampollas, superficie no tan húmeda, palidez, hipoestesia, dolor, los anejos permanecen intactos, puede curarse en 39 días o infectarse y pasar a III grado.

10. WHALEY & WONG. Op Cit.

Quemaduras de espesor completo o tercer grado; implican destrucción total de la dermis, epidermis además tejido celular subcutáneo subyacente. Se manifiesta como superficie blanca, rojo cereza o negra (carbonizada), pueden o no contener ampollas profundas. No hay elasticidad de la dermis quemada, dando aspecto de cuero. Hay anestesia y ausencia de dolor debido a la destrucción de las fibras nerviosas y tiene un aspecto correoso. Los folículos y las glándulas sudoríparas están destruidas. El marcado edema requiere la escarotomía descompresiva.

Quemaduras de cuarto grado; compromiso más allá del tejido celular subcutáneo, destrucción de músculo y hueso, estas van a producir grandes secuelas, requieren de extirpación quirúrgica de la escara y colocación de un autoinjerto para conseguir una cobertura permanente de la herida.

✍ Extensión¹¹: La amplitud de la quemadura se expresa con relación al porcentaje de la superficie corporal total. Esta puede ser calculada a través de varios métodos; para los niños mayores de 8 años. Se puede aplicar la *regla de los nueve*; esta regla constituye una manera rápida de calcular la extensión de las quemaduras, el sistema asigna porcentajes en múltiplos de nueve a las principales superficies del cuerpo y para los menores la carta de Lund y Browder que constituyen una forma más precisa de estimar la extensión, reconociendo el porcentaje del área corporal quemada de varias partes anatómicas, especialmente la cabeza y piernas que cambian con el crecimiento. Si se divide el cuerpo en áreas muy pequeñas y se proporciona un estimado de la proporción de ésta da cuenta de dichas partes.

Tabla de Lund – Browder¹²

Porcentajes relativos de áreas corporales según edad

Área corporal	Nac. – 1 año	1 – 4 años	5 – 9 años	10 – 14 años	15 años	adulto
Cabeza	19	17	13	11	9	7
Cuello	2	2	2	2	2	2
Tronco ant	13	13	13	13	13	13
Tronco post	13	13	13	13	13	13
Glúteo der.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Glúteo izq.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Genitales	1	1	1	1	1	1
Antebrazo der.	4	4	4	4	4	4
Antebrazo izq.	4	4	4	4	4	4
Brazo der.	3	3	3	3	3	3

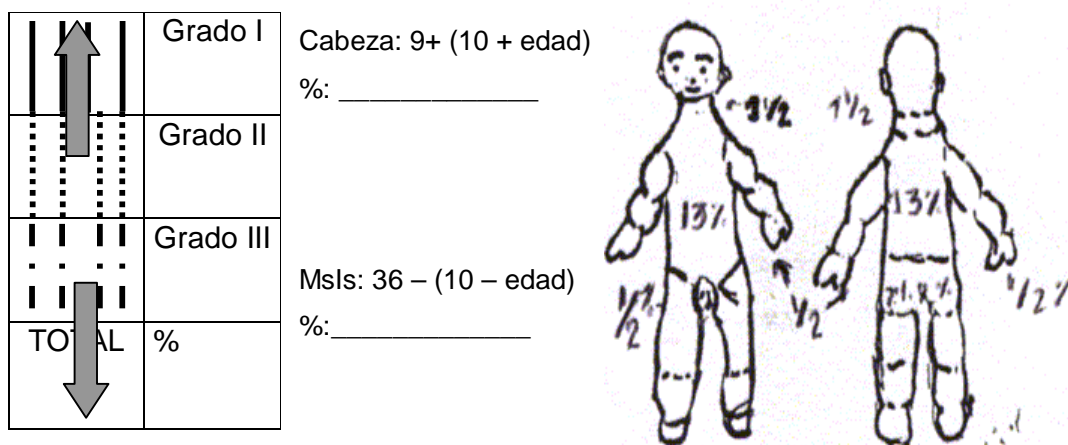
11. SALGADO GARCIA, Doris. Op Cit.

12. SANDERS, Jhon. Quemados. En: www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm.

Brazo izq.	3	3	3	3	3	3
Mano der.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Mano izq.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Muslo der.	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5
Muslo izq.	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5
Pierna der.	5	5	5.5	6	6.5	7
Pierna izq.	5	5	5.5	6	6.5	7
Pié der.	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
Pié izq.	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5

Método del caso de quemaduras dispersas, una forma de estimar el porcentaje de éstas es *palma de la mano*: en el tamaño de la palma de la mano del paciente, que corresponde aproximadamente al 1% del área superficial del cuerpo y puede utilizarse para valorar la extensión de las lesiones.

En el H.U.N.H.M.P. se utiliza el siguiente esquema:



Gravedad¹³: Las quemaduras se valoran también en función de su gravedad, lo que resulta útil para determinar la disposición y el tratamiento del paciente. Los pacientes quemados pueden clasificarse en: 1) los que tienen quemaduras críticas, que requieren los servicios y el equipo de una unidad especial de quemados, 2) los que tienen quemaduras moderadas, que pueden ser tratados en cualquier unidad del hospital, y 3) los que tienen quemaduras menores, que pueden ser tratados de forma ambulatoria (Criterios de gravedad de las quemaduras cuadro inferior). Las enfermedades agudas o crónicas o las lesiones sobreañadidas también complican el cuidado de las quemaduras y su respuesta al tratamiento.

13. WHALEY & WONG. Op Cit.

CRITERIOS DE GRAVEDAD DE LAS QUEMADURAS

Quemaduras menores

Quemaduras de grosor parcial en menos del 10% de la superficie corporal (SC).

Quemaduras de grosor total en menos del 20% de la SC.

Quemaduras moderadas

Quemaduras de grosor parcial en el 15% al 25% de la SC (depende de la edad y quemaduras graves o críticas más adelante)

Quemaduras de grosor total en menos del 10% de la SC, salvo en niños pequeños y cuando las quemaduras afectan zonas críticas como la cara, las manos, los pies o los genitales.

Quemaduras graves o críticas

Quemaduras complicadas por lesión del aparato respiratorio.

Quemaduras de grosor parcial en el 25% o más de la SC.

Quemaduras de la cara, manos, pies o genitales, incluso aunque aparezcan de grosor parcial.

Quemaduras de grosor total en el 10% o más de la SC.

Niños menores de 2 años, a menos que las quemaduras sean muy pequeñas y muy superficiales (se considera como crítico un 20% o más de la SC en los niños menores de 2 años).

Quemaduras eléctricas que penetran.

Profundas quemaduras químicas.

Lesión del aparato respiratorio.

Quemaduras complicadas por fracturas o lesiones de los tejidos blandos.

Quemaduras complicadas por enfermedades concurrentes como obesidad, diabetes, epilepsia, enfermedades cardíacas, renales.

En el H.U.N.H.M.P. según gravedad se manejan los siguientes criterios de hospitalización:

Criterios de Hospitalización:

Gravedad: (Profundidad x Extensión) + K: _____

K: Edad

Hasta 3 años	40 Puntos
3 - 6 años	35 Puntos
6 - 9 años	30 Puntos
9 - 15 años	20 Puntos

L: LEVES 0-40 Puntos

M: MODERADAS 41-70 Puntos

G: GRAVES 71-100 Puntos

C: CRITICAS 101-150 Puntos

F: FATALES +150 Puntos

L: Ambulatorio **M:** Ambulatorio **G:** Hospitalizar **C:** Hospitalizar

F: Hospitalizar en el lugar de consulta

M: Profunda o localizada en zonas especiales: Hospitalizar para observación o injertos o en caso de traumatismo o complicación sobreagregada.

Zonas especiales: cara, manos, genitales, periné, pliegues de flexión.

Complicación: vómito incoercible, fiebre incontrolable, deshidratación, desnutrición, mal estado general.

La clasificación según gravedad solo se maneja con algunos pacientes y sobretodo en la atención de urgencias.

1.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO¹⁴

El proceso de enfermería es la esencia de la profesión y se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales de enfermería de los pacientes. Los pasos de dicho proceso se delinear en diversas formas por muchos especialistas; pero los conceptos de valoración inicial del paciente, planeación, ejecución y evaluación de resultados , son comunes a todas las definiciones. Estas etapas se definen de la siguiente forma:

✳ Valoración inicial: Evaluación sistemática del paciente para determinar su grado de bienestar general, identificar problemas de salud reales y potenciales y elaborar diagnóstico.

La recolección de datos de la valoración se lleva acabo a través de los antecedentes clínicos, la evaluación del estado de salud y vigilancia continua para estar conciente de las necesidades del paciente y la eficacia de la atención de enfermería que proporciona.

✍ **Anamnesis de Enfermería:** Su fin es identificar el estado del paciente por medio de una entrevista planeada. Es importante el logro de una relación de confianza y respeto mutuo, precisa la capacidad de transmitir al enfermo un interés sincero por él. Es posible recurrir a distintos modelos para adquirir la, valoración de los datos como los patrones de la salud funcional, la jerarquía de necesidades de Maslow y las 8 etapas humanas de éxito.

✍ **Valoración de Salud:** Se realiza antes de la toma de anamnesis y su finalidad es identificar los parámetros de funcionamiento físico, psicológico y emocional que indiquen la presencia de necesidades asistenciales. También se pueden utilizar otras fuentes de información adicional como: familiares del paciente, miembros del personal asistencial, registros de la Historia Clínica y del propio enfermo.

14. BRUNNER Y SUDDARTH. Op Cit.

Después de realizar anamnesis y exámen físico, se deben registrar apropiadamente dichos procesos.

✳ Diagnóstico: La Enfermera debe organizar, analizar, sintetizar y resumir los datos recopilados y definir necesidades de asistencia de enfermería del paciente:

✍ Diagnósticos de Enfermería: Esta profesión no cuenta con una clasificación organizada de diagnósticos (Dx) que tengan el mismo significado para todas las Enfermeras y el objetivo de establecer un formato del diagnóstico de enfermería consistió en identificar las funciones de las que se hacen legalmente responsables las enfermeras.

La formulación del diagnóstico de enfermería se basa en la clasificación de rasgos comunes que indiquen la presencia de un problema y la necesidad de la intervención de enfermería, este problema se define como diagnósticos de enfermería, los cuales pueden ser reales o potenciales y consta de dos partes; El problema relacionado con (r/c) etiología.

✍ La practica de enfermería incluye intervenciones que no se encuentran en la definición del diagnóstico de enfermería, entre éstas están problemas o complicaciones potenciales de origen médico y requieren intervenciones de colaboración con otros miembros del personal de salud.

✳ Planeación: Desarrollo de metas y de un plan de cuidados diseñado para asistir al paciente en respuesta a los Dx de enfermería. Esta fase incluye:

- ✍ Asignación de prioridades de los diagnósticos de enfermería.
- ✍ Especificación de objetivos inmediatos, mediatos y a largo plazo de las acciones que se deben tomar.
- ✍ Identificación de intervenciones apropiadas para el logro de tales objetivos.
- ✍ Identificación de las acciones interdependientes.
- ✍ Especificación de los resultados esperados.
- ✍ Registros de los diagnóstico correspondientes, objetivos del plan asistencial , intervenciones de enfermería y resultados esperados del plan asistencial.
- ✍ Comunicación al personal apropiado de todos los datos derivados de la evaluación que indiquen necesidades que puedan satisfacer otros miembros de personal asistencial.

✳ Ejecución: Es el desarrollo de las metas de un plan de cuidados de enfermería. Todos las intervenciones se centran en el paciente y están dirigidas por objetivos estipulados previamente. Se basa en los principios

científicos y se lleva a la práctica con una actitud que incluye la comprensión de los problemas del individuo, confianza y voluntad para resolver tales problemas. Muchas acciones de enfermería son independientes, pero algunas otras son interdependientes.

✳ Evaluación: Determina las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería y la medida en que se han logrado las metas.

Las enfermeras(os) llegan a desempeñar un papel muy importante en la prevención de fuegos y quemaduras difundiendo las medidas preventivas y la legislación relacionada con la seguridad. Los niños y ancianos están en mayor riesgo de sufrir lesiones por quemaduras. Las enfermeras (os) deben intervenir para interrumpir éste ciclo.

Los objetivos principales del cuidado de las quemaduras son 4:

1. Prevención
2. Institución de medidas para salvar la vida de personas con quemaduras graves.
3. Prevención de incapacidades y deformidades mediante tratamiento inmediato, especializado e individualizado.
4. Rehabilitación del individuo mediante cirugía reconstructiva y programas de rehabilitación.

La atención de la quemadura debe planearse de acuerdo con la extensión y profundidad de la lesión, ésta depende de la temperatura del agente causal y de la duración del contacto con el mismo y proceder en función de las tres etapas del tratamiento terapéutico:

1. Reanimación de urgencias.
2. Aguda ó intermedia.
3. Rehabilitación.

Este proyecto se basará en la etapa aguda o intermedia de la quemadura.

A continuación se explicarán las principales acciones en las diferentes etapas de las quemaduras¹⁵.

✳ Etapas de reanimación de urgencias: Un equipo especializado puede comenzar de inmediato medidas que salven al quemado. La preocupación inicial de la sección de urgencias son las vías respiratorias, respiración y

15. Ibid.

circulación. En las lesiones pulmonares, se humidifica el aire y se insta al paciente a que tosa para eliminar por succión las secreciones.

En casos más graves es necesario eliminar las secreciones por succión bronquial y administrar broncodilatadores y agentes mucolíticos, si hay edema de las vías respiratorias lo indicado es la entubación endotraqueal y también suele necesitarse ventilación mecánica ya que todo esto puede producir obstrucción de las vías respiratorias y deterioro del intercambio de gases.

Después la atención se centra en la quemadura, se debe dedicar atención minuciosa a la asepsia utilizando máscaras, gorros y batas así como guantes esterilizados cuando se asista a las lesiones por quemadura, para evitar posibles infecciones. El médico evalúa el estado general del paciente y la quemadura, además define prioridades y dirige el plan individualizado de tratamiento como lo es el tratamiento del desequilibrio hídrico y el choque y la reposición de líquidos, fundamentales en ésta etapa.

✱ Etapa intermedia ó aguda: Esta etapa comienza unas 48 a 72 horas después de ocurrida las quemaduras. En ésta etapa se brinda atención continua a la valoración y mantenimiento del estado respiratorio y circulatorio, equilibrio hidroelectrolítico y función gastrointestinal, así como también los cuidados de las quemaduras.

La obstrucción de vías respiratorias por edema en la parte superior de las mismas tarda en aparecer hasta las 48 horas. Los cambios en radiografías y los valores de gases sanguíneos permiten evaluar la posible necesidad de entubación, traqueostomía ó ventilación mecánica.

A medida de que se restaura la integridad de los capilares al cabo de 48 horas ó más después de una quemadura y se inicia el regreso de líquido del espacio intersticial al vascular comienza la diuresis. La administración cautelosa de líquidos continúa durante éste período, debido al desplazamiento de líquido del compartimiento intersticial, pérdida de líquidos en grandes áreas quemadas y respuestas fisiológicas de las quemaduras al organismo. Se debe llevar un control de la diuresis según la edad del niño así: 2-11 meses (10-18 ml/h), 1 año (15-20 ml/h), 2-3 años (20-25 ml/h), 3-5 años (25-30 ml/h), 5-8 años (25-40 ml/h) y de 8-14 años (25-50 ml/h).

El mantenimiento de una temperatura entre 37.2 y 39.4 °C reduce el estrés metabólico y la demanda de oxígeno a los tejidos utilizando además acetaminofén y frazadas para hipotermia.

Las quemaduras son un medio excelente para la reproducción y proliferación bacteriana, de allí la importancia de los cuidados generales de la herida en los que abarca limpieza y desbridamiento, aplicación de antimicrobianos de forma tópica y cambio de apósitos.

Limpieza de la herida: Puede emplearse SSN ó solución antiséptica y mantenerse a temperatura ambiente, la limpieza de las quemaduras suele hacerse una vez al día.

Tratamiento con antibacterianos tópicos: Con los antibacterianos se reduce la cuenta bacteriana para que las defensas del huésped controlen la población microbiana total es necesaria la toma de cultivos para vigilar el efecto de los medicamentos antes de aplicar el medicamento tópico se debe limpiar cuidadosamente el que se administró antes.

Cambio de apósitos: Se efectúan en el cuarto del paciente o sala de procedimientos unos 20 minutos después de administrar un analgésico, debe emplearse mascarilla, gorro, bata y guantes estériles.

Desbridamiento: Se utiliza con el fin de eliminar tejidos contaminados por bacterias y cuerpos extraños y eliminar los tejidos desvitalizados para los injertos.

Medidas antálgicas: El cuidado de la herida conlleva a anticiparse al dolor y la ansiedad. No es posible eliminar el síntoma sin anestesia completa, de modo que el objetivo es reducirlo por analgesia con antelación a los cuidados de la quemadura. Es frecuente el uso de bolos endovenosos de morfina ó meperidina, suele estar indicada la sedación con medidas antiansiedad como lorazepam ó el Midazolam además de los analgésicos.

Tratamiento nutricional: El hipermetabolismo persiste después de la lesión por quemadura hasta que se cierran las quemaduras, de manera que se incrementan las necesidades del metabolismo basal hasta en un 100%. Tan pronto se reanuda la función gastrointestinal y se estabiliza el paciente, comienza el tratamiento nutricional. Se prefiere la alimentación entérica aunque muchos pacientes toleran los alimentos y líquidos por la boca, la dieta suele reanudarse con alimentos sólidos ó semisólidos y debe contener proteínas, lípidos, carbohidratos y vitaminas.

✱ Etapa de rehabilitación: En el período subsiguiente a las etapas agudas de la lesión, el paciente quemado se concentra cada vez más en las alteraciones de la autoimagen y su estilo de vida que puedan presentarse. La cicatrización de la herida, el apoyo psicosocial y la recuperación de la actividad funcional siguen siendo prioritarios, así como la conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos y la mejoría del estado nutricional.

✍ *Cuidados en el hogar y vigilancia seriada:* El equipo asistencial tiene un gran reto para preparar a su paciente para una vida independiente después de un suceso traumático. A la larga gran parte del cuidado de la cicatrización de las quemaduras será llevado a cabo en casa. Los pacientes vuelven a su hogar con pequeñas áreas de heridas limpias y abiertas que sanan poco a poco, éstas zonas deben ser lavadas diariamente con agua y jabón suave y cubrir con apósitos prescritos.

✍ *Dispositivos elásticos de presión:* La herida conserva su estado dinámico durante un año y medio ó dos después de la quemadura. Si durante éste período activo se toman las medidas adecuadas, el tejido cicatrizado se suaviza y desaparece el enrojecimiento. Utilizar dispositivos de presión para áreas propensas a cicatrización hipertrófica, utilizar dispositivos elásticos de presión para aflojar las haces de colágena y favorecer la orientación paralela de la superficie de la piel.

Es necesario instruir al paciente respecto de la necesidad de lubricar y proteger la piel en proceso de curación y de la necesidad de utilizar dispositivos de presión cuando menos durante un año después de la lesión. Se recomienda un programa que incluya férulas, ejercicio supervisado y dispositivos de presión por un equipo experimentado por terapeutas físicos y ocupacionales.

A continuación se enunciarán los diagnósticos de enfermería en los aspectos físicos y emocionales con sus respectivos objetivos e intervenciones durante la etapa aguda de las quemaduras en niños.

1.2.1 Diagnósticos de enfermería relacionados con el aspecto físico del paciente pediátrico quemado.

✱ Riesgo de exceso de volumen de líquidos r/c la reanudación de la integridad capilar y el intercambio de líquido del compartimiento intersticial al intravascular.¹⁶

Objetivo: Mantener el equilibrio óptimo de líquidos.

16. WHALEY & WONG. Op Cit.

- ✍ Valorar con frecuencia los signos vitales y el gasto urinario, así como la presión venosa central, el llenado capilar, el estado de conciencia, la presión arterial pulmonar y el gasto cardiaco del paciente en estado crítico.
- ✍ Reanimación hídrica con coloides y/o cristaloides.
- ✍ Vigilar concentraciones séricas de electrolitos Na / k especialmente.
- ✍ El volumen infundido debe ser comparable con la producción de orina (control LA-LE). Se requiere registros exactos de la ingestión y eliminación de líquidos.
- ✍ Notificar la producción de orina según la edad del niño así: 2-11 meses (10-18 ml/h), 1 año (15-20 ml/h), 2-3 años (20-25 ml/h), 3-5 años (25-30 ml/h), 5-8 años (25-40 ml/h) y de 8-14 años (25-50 ml/h).
- ✍ Informar aumento de peso, distensión yugular, crepitaciones.
- ✍ Mantener líquidos intravenosos en bombas o controladores de velocidad.
- ✍ Administrar diuréticos o dopamina según prescripciones vigilando reacciones adversas.

* Riesgo de hipertermia r/c restauración del hipermetabolismo y estado infeccioso.¹⁷

Objetivo: Conservar la normotermia.

- ✍ La temperatura ambiental (28-33°C) debe ajustarse según las necesidades del paciente. El entorno excesivamente caliente suele causar pérdidas de líquidos por sudación y facilita la reproducción bacteriana.
- ✍ Controlar temperatura del paciente cada 4 horas.
- ✍ Utilizar medios físicos para disminuir la temperatura como pañitos de agua fría, baño general, etc.
- ✍ Proporcionar al paciente ropa liviana y fresca.

* Presencia de dolor r/c nervios expuestos, cicatrización de heridas y tratamiento.¹⁸

Objetivo: Evitar o disminuir el dolor .

- ✍ Dolor: normalmente se prescribe Morfina intravenosa u otros analgésicos opiodes, no se administran dosis altas en fase aguda, no se utilizan vías de administración subcutáneas o I.M. porque se hace impredecible la absorción. También suelen ser necesarios sedantes I.V. es muy importante aliviar el dolor para reducir las exigencias de O₂ de los tejidos derivada de la respuesta fisiológica del dolor.

17. Ibid.

18. Ibid

- ✍ Los síntomas de inquietud y ansiedad, frecuentemente atribuidos al dolor, en realidad suelen ser causados por la hipoxia, por esto se debe valorar cuidadosamente la respiración antes de administrar analgésicos, que suelen deprimir el sistema respiratorio, al principio de la etapa posterior a la lesión.
 - ✍ Apoyar y estimular la aceptación de su dolor, ya que el niño tiende a interpretar como un castigo por sus pasadas fechorías, acumulando sentimientos de ira, culpa y depresión optando por último una conducta regresiva.
 - ✍ Colocar al paciente en una posición cómoda (semifowler).
 - ✍ Emplear técnicas no farmacológicas como la relajación, distracción, vuelo de ideas, T.V , compañía constante.
- ✳ Riesgo de alteración de la nutrición r/c anorexia, ayuno prolongado por tratamiento quirúrgico, hipermetabolismo y cicatrización de heridas¹⁹.

Objetivo: Evitar alteraciones nutricionales.

El hipermetabolismo persiste después de la lesión por quemaduras hasta que se cierran las heridas, por esto se aumenta la necesidad del metabolismo basal hasta 100%. El objetivo del tratamiento nutricional es lograr el balance nitrogenado (+). El régimen se basa en el estado del paciente antes de la quemadura y la extensión de la superficie afectada por esta.

Los líquidos orales se inician cautelosamente una vez que se reanudan los sonidos intestinales. Si no hay vómito ni distensión, se incrementa en forma gradual la cantidad y el paciente avanza a una dieta normal o alimentación por sonda.

Nutricionista y enfermera colaboran en la planeación de una dieta con alto contenido de proteínas y calorías, cuya reposición debe diseñarse de una forma que estas vengan mayoritariamente con grasas y carbohidratos y no exclusivamente con proteínas por su importancia en la cicatrización de heridas, funciones celular y absorción de vitaminas liposolubles; residuos de más de 200ml/hr, obligan a reducir el ritmo de infusión de las fórmulas alteradas; a las 48 horas de iniciar la infusión enteral, todos los requerimientos líquidos del paciente se administraran por esta vía, es útil para mantener la vía permeable, con fines de medicación; la nutrición parenteral debe ser evitada en los pacientes quemados, porque resulta con mayor compromiso inmunológico y riesgo frecuente de insuficiencia hepática por hiperlipidemias; la nutrición enteral es la vía de elección. Las indicaciones para la nutrición endovenosas son la disminución ponderal mayor a 10% del peso corporal normal, ingreso deficiente por vía entérica, a causa del estado clínico, exposición prolongada de heridas y preexistencia de desnutrición o padecimientos debilitantes.

19. BRUNNER Y SUDDARTH. Op Cit.

También resulta necesario la suplementación con vitaminas y minerales A y C Zinc.

La presencia de edema puede durar hasta la 2ª o 3ª semana post-quemadura o incluso mediante periodos más prolongados de tiempo en algunos pacientes, además cambios en la eliminación de fluidos corporales, los vendajes, amputaciones, las escaratomías y otros instrumentos o equipamiento unido al paciente, puede alterar profundamente el peso corporal. Se recomienda pesar diariamente al paciente y elaborar una gráfica de tales mediciones para vigilar aumentos o disminuciones ponderales. El peso no debe reducirse más del 5% del que había antes de la quemadura si el tratamiento nutricional es intensivo.

Si hay anorexia, se precisa aliento y apoyo considerable de la enfermera al paciente para que este aumente la ingestión. El entorno que rodea al paciente debe estar agradable durante las comidas especialmente.

También es importante estimular alimentación oral en el niño, proporcionar alimentos que le gusten al niño, permitir la autoayuda, proporcionar las comidas en que es más probable que el niño coma, proporcionar comidas agradables, proporcionar compañía durante las comidas. Administrar alimentación suplementaria por sonda nasogástrica según prescripción.

* Riesgo de infección r/c pérdida de la barrera cutánea, deterioro de la respuesta inmunológica, líquidos endovenosos e incumplimiento de técnica aséptica e higiene ambiental.²⁰

Objetivo: Evitar presencia de infecciones.

Abarca limpieza y desbridamiento, aplicación tópica de antimicrobianos o en plano profundo a la escara y uso de apósitos de gasas biológicas, biosintéticos o sintéticos. Se requieren injertos cutáneos de espesor parcial para cerrar quemaduras de espesor completa o profundas de espesor parcial. Para quemaduras de rostro, orejas y genitales se requieren procedimientos especiales.

- ✎ Vigilar y detectar signos y síntomas de sepsis como desorientación, taquipnea, temperatura, hipotermia, distensión abdominal.
- ✎ Ejecutar y mantener las precauciones de control de la infección.
- ✎ Vigilar en cada turno signos vitales y signos de infección o lesión como rubor, calor, tumefacción, presencia de secreciones.

20. Ibid.

- ✍ Mantener un cuidadoso lavado de manos por parte del personal de salud y visitantes.
- ✍ Vestir bata, gorro, mascarilla limpia o esterilizada y guantes estériles cuando se manipule la herida.
- ✍ Evitar las lesiones de las costras y escaras.
- ✍ Evitar el contacto del paciente con personas que tengan infecciones respiratorias o cutáneas.
- ✍ Administración una buena higiene oral .
- ✍ Obtener muestra para cultivo 3 veces a la semana y asegurarse que no se aumente la flora.
- ✍ Administración medicación antimicrobiana, intravenoso, vía oral.
- ✍ Afeitar el pelo de la herida y zonas adyacentes si es necesario.
- ✍ Evitar que el niño se rasque o pellizque la herida.
- ✍ Proporcionar distracción en niños mayores, explicar las razones del cuidado.
- ✍ Mantener el cuidado de las hxs en cicatrización para evitar la lesión de los tejidos epitalizantes y de granulación.
- ✍ Ofrecer comidas de alto contenido calórico y proteico.
- ✍ Administrar vitaminas y minerales suplementarios.
- ✍ Limpieza de herida: La curación se realizará cuando el paciente se encuentre estable hemodinámicamente. El objetivo principal es lograr la curación de las lesiones por quemadura eliminando el tejido necrótico y conservando el tejido viable. En algunos casos la utilización de duchas de arrastre presenta la ventaja de una mayor limpieza de las zonas quemadas, durante las curaciones es fundamental utilizar una monitorización continua del dolor, consiguiendo que el paciente comunique el dolor precozmente para poder tratarlo administrando analgésicos necesarios. Si el paciente está conciente le explicaremos la técnica para proporcionarle seguridad y comprensión para obtener su confianza y colaboración, el analgésico se administra aproximadamente 20 minutos antes.

Las curaciones deben realizarse en el menor tiempo posible para evitar molestias al paciente, disminuir la cantidad de sedación necesaria y conseguir un menor descenso de la temperatura corporal.

Cada vez que se realice una curación se debe inspeccionar las lesiones para detectar signos de infección como aparición de exudado fétido, enrojecimiento, aumento de la sensibilidad o del dolor entorno a los bordes de la herida y cambios de color. Ante la aparición de signos de infección signos se tomará muestra para cultivo.

Existen diferentes tipos de tratamiento antisépticos. Que se aplicarán dependiendo de la evolución y gérmenes presentes en la zona, siendo este tratamiento rotatorio para evitar resistencias y no por el tipo de quemaduras o

profundidad. La *povidona yodada* en solución se aplicará sobre gasas vaselinizadas o compresas estériles realizándose la curación cada 24-48 h.

La *povidona yodada* en pomada se aplicará directamente sobre la lesión o impregnándola en compresas estériles o vaselinizadas realizándose la curación cada 24h, se utiliza antes de la cirugía para facilitar la extirpación de la escara.

La *sulfadiazina argéntica* al 1% más nitrato de serio 2.2% se aplica directamente sobre la quemadura o impregnándola en compresas estériles y realizándose la curación cada 12-24h, utilizada en las quemaduras de grosor parcial y total.

La *clorhexidina* diluida en h₂O al 0.1% se aplica empapando compresas estériles en quemaduras orales, manteniendo la curación húmeda cada 4 - 6h.

Otros agentes tópicos disponibles son sulfato de gentamicina o neomicina (utilizado en las quemaduras superficiales de la cara.), *nitrofurazona*, *ácido acético*, *miconazol* y *clorotrimazol*, *acetato de mafenida*, utilizado en quemaduras eléctricas.

✍ Realizar curación diaria según tipo de curación así:

- *Tipos De Curación*

Curación En Exposición: Se utiliza generalmente en casos de quemaduras de I grado, las leves o moderadas y de extensión menor 15% por no tener un gran compromiso de tejido se dejan descubiertas.

Esta técnica consiste en realizar una limpieza exhaustiva de las zonas quemadas y aplicación del antiséptico indicado, dejando la zona quemada sin cubrir expuesta al aire. Hay 2 formas de limpieza:

- a) Se realiza con SSN 0.9% mezclando con Povidona yodada para el lavado, cuando se va a tratar la quemadura con antisépticos del tipo de la Povidona Yodada en solución o en pomada, o con crema de Sulfadiazina Argéntica al 1% más Nitrato de Serio 2.2%.

- b) Realizar la limpieza de zonas quemadas con H₂O Bidestilada y digluconato de clorhexidina al 4% diluido en 1/3 si se va a tratar la quemadura con clorhexidina al 0.1% diluido en H₂O.

Durante el lavado se eliminará el tejido desprendido y desvitalizado, rasurando la zona afectada y una franja de aproximadamente 2 cms alrededor de la quemadura. Se recortarán esfácelos y flictemas frotándose enérgicamente para eliminar restos de curaciones anteriores.

El sangrado de la zona quemada denota que hemos alcanzado un plano con una buena vascularización.

Luego se lava con SSN -0.9% o H₂O Biodestilada, según el tratamiento se procederá al secado de la zona con compresas estériles y se aplicará el antiséptico prescrito.

Esta técnica está indicada en quemaduras de cara, cuello y genitales.

Curación Oclusiva: Esta técnica se utiliza en las quemaduras de II y III grado, graves o críticas con una extensión mayor del 15%, quemaduras eléctricas, químicas y otras que ocasionen gran compromiso de las capas de piel junto con músculo y demás órganos.

Consiste en la limpieza de las lesiones como se ha descrito anteriormente, secado de la zona, aplicando el agente tópico adecuado y cubriendo las quemaduras utilizando varias capas de compresas estériles que se fijarán con vendas elásticas de crepé. Al realizar este tipo de curación se deben tener en cuenta:

- Mantener los miembros en posición funcional, evitar dejar 2 superficies quemadas en contacto, utilizándose gasas estériles para separar los espacios interdigitales y falanges, axilas, pliegues inguinales y mamarios.
- Vendar los miembros desde la zona distal a la proximal sin comprimir y vigilando la T° y color dejando al descubierto la zona distal de los dedos, las primeras 48h para valorar vascularización e incisiones de relajación. Los miembros y la cabeza deben permanecer elevados ya que esto disminuye el edema.

Duchas De Arrastre: Para realizar este tipo de curaciones es necesario disponer de una sala de baño con camilla hidráulica. Se descubren todas las zonas quemadas retirando los vendajes. Se pasa al paciente a la camilla hidráulica sobre una sábana estéril y se introduce en el tanque de hidroterapia.

Se ducha al paciente utilizando Povidona Yodada, limpiando profundamente las lesiones y eliminando el tejido desvitalizado y las zonas desprendidas.

La temperatura del agua se determina según tolerancia del paciente, después se seca al paciente con sábanas estériles y compresas, se pasa a la cama y se procede a realizar la curación oclusiva o en exposición. Teniendo en cuenta las graves dificultades y riesgo para el paciente, se recomienda que las duchas de arrastre se realicen cuando el paciente esté estable y necesita escaso apoyo externo respiratorio y hemodinámico.

✍ Llevar vigilancia bacteriológica: Deben recogerse cultivos de rutina dos veces por semana de la herida, faringe, orina, heces, aspirado gástrico y esputo, pues nos proporcionan una importante información al analizar el número de bacterias de dichas muestras.

✍ Realizar desbridamiento: Esta técnica tiene 2 objetivos.

a) Eliminar los tejidos contaminados por bacterias y otros cuerpos extraños con los que se protege al paciente contra invasión bacteriana.

b) Eliminar los tejidos desvitalizados o escaras como preparatorio para los injertos y la curación de heridas.

Tanto en la quemadura de espesor parcial como en las de espesor completo hay bacterias en la interfaz del tejido quemado con el tejido viable y gradualmente desintegran las fibrillas de colágeno que mantienen adherida la escara en la 1ª o 1ª -2ª semana s post quemadura.

El desbridamiento se divide en:

- Desbridamiento natural
- Desbridamiento mecánico
- Desbridamiento quirúrgico: Consiste en escisión primaria de la piel en todo su espesor hasta la aponeurosis; desde las capas quemadas de la piel hasta llegar a tejidos viables y que sangran con facilidad, suelen iniciarse los primeros días post quemaduras.

✎ Aplicar cuidados en el injerto cutáneo:

- Evitar traumatismos, infecciones y hemorragias.
- Inmovilizar al niño si se deja el arco injertado expuesto para evitar que el injerto se desplace.
- Las superficies planas suelen ser poco problemáticas, pero las injertas colocadas en áreas irregulares o móviles pueden necesitar técnicas especiales como son férulas o abultados apósitos quirúrgicos.
- Retirar los puntos de las zonas injertadas a los 5-7 días de la intervención.
- Retirar el apósito Qx hacia el cuarto día POP se coloca sobre el nuevo injerto apósito de gasa de malla fina impregnado de una pomada antibiótica (neomicina).
- Una vez que el injerto ha curado por completo puede dejarse expuesto.
- Una vez retirado el apósito Qx, el niño puede reemprender sus actividades, salvo en el caso de injertos en las piernas, que requieren reposo en cama durante 7-10 días.

La infección es una de las complicaciones más comunes y de mayor causa de muerte en los pacientes quemados ya que las lesiones por quemaduras se infectan rápidamente por inadecuada técnica aséptica, contaminación del ambiente hospitalario y por depresión del sistema inmunológico, con la posibilidad de invadir al resto del organismo. Por lo tanto desde el ingreso del paciente se debe mantener normas de higiene y asepsias estrictas en todo momento como son:

- Realizando un lavado de manos tipo quirúrgico antes de las curaciones
- Uso de guantes no estériles para el manejo general del paciente
- Realizar correcta higiene corporal para evitar la autocontaminación por contacto con zonas sucias como la perineal, etc.
- Cambio regular de ropa y tendido de cama.
- Vigilar de forma frecuente y se limpiará al paciente siempre que sea necesario
- Higiene bucal debe hacerse 1 vez por turno y en enfermos con nutrición por la boca después de cada comida.
- Protección al paciente de fuentes de contaminación.
- Evitar el contacto directo del paciente con utensilios o elementos como frutas traídas de la calle, frutas con cáscara y objetos personales que puedan cultivar microorganismos.
- Retiro de plantas y flores en agua de la unidad del paciente.
- Evitar contacto del paciente con personas con infecciones respiratorias o cutáneas.
- Evitar la conglomeración de visitantes simultáneamente a 1-2 personas.

- Obtener muestras de cultivo tres veces a la semana vigilando aumento de flora y leucocitos en sangre.
- Aislamiento: Para reducir la colonización de la herida y la contaminación cruzada. se han llegado a utilizar rutinariamente en los unidades las medidas de barrera tales como cubículos aislados, esenciales para prevenir la colonización y la infección de pacientes quemados logrando una disminución de la colonización exógena.

Todos los enfermos con quemaduras masivas deben aislarse de otros pacientes y ocupar una habitación individual. Todos los instrumentos y material deben ser usados por un solo paciente, esterilizándose regularmente.

* Posible contracturas r/c dolor, inmovilidad prolongada.²¹

Objetivo: Evitar contracturas.

Las contracturas pueden consistir en que la curación o cicatrización sea excesiva o insuficiente. El área quemada se acorta en virtud de la fuerza que ejercen los fibroblastos y la flexión de los músculos, como parte natural de su cierre. Para evitar este hecho se debe trabajar por la optimación de la movilidad física mediante la respiración profunda, cambios de posición, aplicación de vendajes elásticos de compresión antes que el paciente pase a la posición erecta favoreciendo el retorno venoso y reduciendo la hinchazón.

Las quemaduras guardan un estado dinámico durante uno o más años después del cierre de la herida. A lo largo de tal período, deben ponerse en práctica medidas vigorosas para prevenir las contracturas y cicatrices hipertróficas de las áreas quemadas. Los ejercicios pasivos y activos de arcos de movimiento se inician el día de recepción del paciente en el hospital y continúa después de los injertos, dentro de las limitaciones del caso. Las férulas o dispositivos funcionales suelen aplicarse a las extremidades para el control de las contracturas. En esta situación, debe vigilarse en búsqueda de signos de insuficiencia vascular y compresión nerviosa.

1.2.2 Diagnósticos de enfermería relacionados con el aspecto socioemocional del paciente pediátrico quemado.²²

* Miedo y ansiedad r/c posibles sentimientos de culpabilidad, temor a intervenciones del personal o a la muerte.

21. WHALEY & WONG. Op Cit.

22. Ibid.

Objetivo: Disminuir la ansiedad intensa.

- ✍ **Ansiedad:** Se debe evitar la ansiedad intensa en pacientes quemados por 2 razones:
 1. Incrementa el dolor físico y psicológico relacionado con las lesiones por quemaduras
 2. Con niveles altos de ansiedad aumenta el estrés fisiológico.
- ✍ Establecer una señal constante que alerte al niño cuando es momento de cuidar la quemadura.
- ✍ Establecer reglas con el niño antes de iniciar el cuidado de la quemadura, como comportamiento durante la curación, no agresividad con las otras personas, etc.
- ✍ Ofrecer al niño tantas elecciones o toma de decisiones como sea posible antes y durante el cuidado de la quemadura.
- ✍ Explicar el procedimiento, sensaciones que va a experimentar el niño y formas de afrontarlas.
- ✍ Evitar el uso de palabras emocionales como dolor, daño, gritos presión, tiraje como sea posible.
- ✍ Estimular al niño para que mantenga su atención en el cuidado de la quemadura, sea participe en su recuperación y evolución.
- ✍ Mantener una aptitud positiva frente al niño.
- ✍ Estimular a los padres para que lo visiten.
- ✍ Estimular al niño para que participe en la mayoría de los aspectos.
- ✍ Disponer el mantenimiento de la escolarización.
- ✍ Permitir que el niño haga elecciones y ayudarlo a tomar decisiones.
- ✍ Facilitar si es posible el contacto con sus compañeros.

Una responsabilidad de la enfermera (o) es valorar constantemente las reacciones psicológicas del paciente ¿Cuáles son sus temores y preocupaciones? ¿Tiene miedo a perder el control de sí mismo? ¿Su independencia? ¿Teme al rechazo de familiares y seres queridos? ¿Teme a no ser capaz de enfrentar el dolor a su aspecto físico?

Al tomar en cuenta estas causas, las enfermeras (o) pueden brindar apoyo emocional y cooperar con el resto del personal asistencial en la elaboración de un plan de ayuda al enfermo para enfrentar estos sentimientos.

- * Riesgo de alteración de los procesos familiares r/c la lesión por quemaduras.

Objetivo: Apoyar procesos familiares.

Las lesiones por quemaduras interfieren con el funcionamiento de la familia.

Una de las responsabilidades de la enfermera (o) es apoyarlos y responder a sus interrogantes verbalizados y no verbalizados. Los miembros de la familia deben saber como apoyar al paciente mientras tiene lugar la adaptación derivada del trauma de la quemadura. La familia también necesita el apoyo del equipo asistencial.

- ✍ Instruir al cuidador sobre la atención a la herida.
- ✍ Discutir la dieta, el reposo y actividades.
- ✍ Explorar las actividades de la familia en la vuelta del niño a la familia.
- ✍ Explorar el concepto de familia en relación con las capacidades del niño y las posibles limitaciones.
- ✍ Ayudar a la familia con un conjunto de objetivos realistas para ellos mismos, el niño y los demás miembros.
- ✍ Ayudar a la familia a adquirir el equipo y suministros necesarios.
- ✍ Valorar las necesidades de la familia.
- ✍ Disponer de visitas posteriores.

El impacto psicológico, económico y práctico de las lesiones por quemaduras es enorme, tanto para el paciente como para la familia. Este apoyo se prolonga hasta la etapa de rehabilitación.

Como las lesiones por quemaduras no están previstas, se trastornan los papeles en la familia, por lo tanto el paciente y la familia necesitan información completa sobre como atender al paciente y el curso del tratamiento esperado. Es importante valorar la capacidad de todos para captar el contenido educativo y no proporcionar información que no puedan manejar. La información verbal debe complementarse con los videos, modelos o materiales impresos de que puede disponer. La educación del paciente y la familia es prioritaria en la fase de rehabilitación.

1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICION
Cuidados relacionados con el ambiente sin riesgos y con el aspecto físico del niño con quemaduras de II y III grado, durante la etapa aguda en el H.U.N.H.M.P. con base en dx de Enfermería.	Acciones que realiza el personal de enfermería con base en los Dx de enfermería relacionados con el ambiente sin riesgos y con el aspecto físico del niño hospitalizado por quemadura de II y III grado, durante la etapa aguda en el H.U.H.M.P	Riesgo de exceso de volumen de líquidos r/c la reanudación de la integridad capilar y el intercambio de líquido del compartimiento intersticial al intravascular.	El personal de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> ✍ Controla c/4h : ♥ Tensión arterial (T.A) ♥ Pulso ♥ Temperatura (T°) ♥ Frecuencia respiratoria (FR) ✍ Informa cambios en T.A, pulso, FR y T° ✍ Controla líquidos administrados y eliminados. ✍ Valora estado de conciencia c/4h. ✍ Controla peso diario. ✍ Toma muestra para laboratorio de electrolitos (Sodio, Potasio, Cloro y Calcio). ✍ Eleva la cabecera de la cama y de extremidades quemadas. 	Nominal
		Riesgo de hipertermia r/c restauración del hipermetabolismo y estado infeccioso.	El personal de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> ✍ Proporciona al paciente ropa liviana y fresca. 	Nominal
		Presencia de dolor r/c nervios expuestos,	El personal de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> ✍ Administra analgésicos antes de curaciones u otro procedimiento doloroso. 	Nominal

		<p>cicatrización de heridas y tratamiento quirúrgico.</p>	<p>✍ Valora reacciones adversas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Analgésicos (somnolencia, depresión respiratoria, hipotensión, úlcera gástrica, eritema, anemia) ♥ Antipruríticos (reacción alérgica) <p>✍ Lubrica las quemaduras cicatrizadas, con lociones a base de agua o sílice; estas reducen la sensación de tirantes de la piel.</p> <p>✍ Evita apósitos y vendajes compresivos.</p> <p>✍ Coloca al paciente en posición cómoda.</p>	
		<p>Riesgo de alteración de la nutrición r/c anorexia, ayuno prolongado por tratamiento quirúrgico, hipermetabolismo y cicatrización de heridas.</p>	<p>El personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Vigila signos de intolerancia al alimento. ♥ Vómito posprandial ♥ Distensión abdominal. ♥ Grandes volúmenes residuales gástricos. ♥ Diarrea (>3 deposiciones líquidas al día, piel mucosas orales reseca, piel fría, sudoración) ♥ Disminución Ruidos Peristálticos. <p>✍ Valora reacciones adversas a la administración de cada uno de los siguientes fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Antieméticos (Cefalea, somnolencia, constipación, dolor abdominal). ♥ Laxantes (flatulencia) ♥ Antidiarreicos (náuseas, vómito, íleo paralítico, anorexia, mareo) ♥ Antiácidos (hipercalcemia, hipercalciuria, osteomalacia, debilidad muscular) <p>✍ Precauciones al administrar alimentación suplementaria por SNG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Posición del paciente en semifowler. ♥ Fórmula a temperatura ambiente. 	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> ♥ Permeabilidad de la sonda. ♥ Medición de residuo gástrico. ♥ Paso lento de la fórmula. 	
		<p>Riesgo de infección r/c pérdida de la barrera cutánea, deterioro de la respuesta inmunológica, LEV e incumplimiento de técnica aséptica y normas de higiene ambiental</p>	<p>El personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Controla signos de infección en las heridas: ♥ Hipertermia >38c° ♥ Enrojecimiento ♥ Calor ♥ Dolor ♥ Presencia secreciones purulentas. ✍ Informa los cambios favorables o desfavorables en la cicatrización de las heridas. ✍ Realiza curación diario o Inter.-diario de la herida tipo: exposición, oclusiva, triconjugado. ✍ Aplica medidas antisépticas en las curaciones como: <ul style="list-style-type: none"> ♥ Lavado de manos ♥ Postura de bata ♥ Postura de gorro ♥ Postura de mascarilla ♥ Postura de guantes estériles ✍ Realiza adecuada higiene oral. ✍ Cambio de equipo de venoclisis máximo c/72 horas. ✍ Cambia sonda vesical máximo c/8 días. ✍ Obtiene muestra para cultivo (sangre, orina, heridas.) ✍ Limpia el área de venopunción antes de administrar el medicamento, con solución antiséptica en el sitio de inserción de la aguja. ✍ Interrumpe la perfusión en caso de infección, 	Nominal

			<p>retira catéter y aplica solución antiséptica en la zona afectada, canaliza nueva vena.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Realiza baño diario. ✍ Evita presión en sitios prominentes. ✍ Realiza cuidados de injerto cutáneo: ♥ Evita que el injerto se desplace: inmovilizar al niño si se deja el arco injertado expuesto. ♥ Aplica férulas, abultador o apósitos quirúrgicos en injertos de áreas irregulares. ♥ Retira puntos en el 5-7 día de la intervención. ♥ Asegura reposo en cama durante 7-10 días en injertos en piernas. ✍ Hace cumplir la norma de evitar contacto del paciente con personas con infecciones respiratorias y cutáneas. ✍ Cambia ropa de cama c/día. ✍ Limita el número de visitantes que entran simultáneamente a ver al paciente (máx. 2). 	
		Riesgo de contracturas r/c dolor, inmovilidad prolongada.	<p>El personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Evita dejar en contacto dos superficies quemadas. ✍ Evita lesiones: ♥ Educa a la familia y al personal sobre la colocación de barandas en la cama para evitar caídas al paciente. ♥ Sugiere el acompañamiento continuo del paciente para controlar los movimientos voluntarios ante cambios de posición. ♥ Coloca almohadas alrededor del paciente y colchón para mejorar la comodidad y los movimientos voluntarios esporádicos que 	Nominal

			<p>pueden favorecer caídas sin amortiguación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Centra al paciente, evitar dejarlo en la orilla ya que propicia la pérdida de equilibrio posteriores caídas. ♥ Proporciona zapatos para la ambulación. 	
<p>Cuidado relacionados con el aspecto socioemocional del niño con quemaduras II y III grado durante la etapa aguda en el HUNHMP con base en Dx de Enfermería</p>	<p>Acciones que realiza el personal de enfermería con base en los Dx de enfermería en el aspecto socioemocional del niño hospitalizado por quemadura II y III grado durante la etapa aguda en el H.U.H.M.P</p>	<p>Riesgo de alteración de los procesos familiares r/c la lesión por quemaduras</p>	<p>El personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Ayuda al paciente y familia a orientar la percepción de las lesiones por quemadura en el funcionamiento familiar: ♥ Explica al paciente y familia: evolución, procedimientos, tratamiento y consecuencias a nivel físico y psicoemocional de las lesiones específicas del paciente. ♥ Demuestra deseos de escucha. ✍ Da participación activa de la familia en el cuidado del paciente como baño, aseo, alimentación, cambios de posición. 	<p>Nominal</p>
		<p>Miedo y ansiedad r/c posibles sentimientos de culpabilidad, temor a intervenciones del personal de salud o a la muerte.</p>	<p>El personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Mantiene una actitud positiva frente al niño. ✍ Favorece la independencia en pacientes mayores de 5 años: ♥ Permite que el paciente realice tareas sencillas que no representen un riesgo, ni compliquen su estado de salud, como: alimentarse , bañarse, y cambiar de posición. 	<p>Nominal</p>

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio de la investigación fue descriptivo propiamente dicho porque tenía como propósito dar un panorama lo más preciso posible del proceso de enfermería en el niño con quemaduras de II y III grado en la etapa aguda. Este estudio buscaba especificar, medir y evaluar los diversos aspectos y dimensiones del estudio, para luego integrar las mediciones de cada una de ellas y describir e interpretar de manera integral el significado e importancia de lo descrito, con el propósito de derivar conclusiones importantes y así detectar la dimensión del problema. Fue de corte transversal porque no se hizo un seguimiento a la evolución de los casos; la medición de las variables se realizó en el momento en que los pacientes se encontraban en el Hospital.

2.2 POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio fue constituida por los pacientes que ingresaron al servicio de pediatría por quemaduras de II y III grado en el H.U.N.H.M.P. (9 casos)

En este estudio el tamaño de la muestra dependió del número de pacientes con quemaduras de II y III grado que se hospitalizaron durante el período de recolección de información en los meses de Abril , Mayo, Junio y mitad de Julio.

La unidad de análisis fueron los cuidados de enfermería que recibió el niño quemado de la unidad pediátrica H.U.N.H.M.P.

Las fuentes de información fueron el proceso de enfermería en el niño quemado, las historias clínicas, el paciente y los datos notificados verbalmente en el recibo y entrega de turno.

2.3 METODO, TÉCNICA, INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.

Para la recolección de información y lograr los objetivos del estudio, se utilizó un método DIRECTO basado en la observación; pues a través del sentido de la vista se percibieron y determinaron las características del fenómeno objeto o sujeto de investigación en el medio donde sucedieron, el servicio de pediatría del H.U.N.H.M.P. Se desarrolló una técnica de observación no participativa dado que fue regulada, controlada y se dispuso de una lista de chequeo como instrumento (Ver Anexo No. 2).

El procedimiento de recolección de información se inició con la identificación de pacientes con quemaduras de II y III grado, que en el momento de la observación estaban hospitalizados, mediante la revisión de los registros del libro de ingresos al servicio de pediatría y la revisión de las respectivas historias clínicas.

Se utilizó para la recolección de información un instrumento de observación, registros de historia clínica e informes en la entrega-recibo de turno, el cual constó de datos de identificación del paciente y de las dimensiones (diagnósticos de enfermería) del estudio con sus respectivos indicadores. Este instrumento se aplicó durante la semana teniendo en cuenta el número de casos que se presentaron en la unidad pediátrica del Hospital, en la entrega-recibo y transcurso (promedio tres horas) de los turnos de la mañana, tarde y noche necesarios para el seguimiento y observación de los procedimientos tenidos en cuenta en la investigación, además del tiempo libre destinado de los investigadores .

Cada caso estuvo a cargo de dos de los investigadores, quienes realizaron una valoración inicial a cada paciente, para determinar que diagnósticos de la etapa aguda de las quemaduras presentaba y cuales fueron diferentes a los postulados. A partir de los diagnósticos se observaron las intervenciones de enfermería dirigidas a control de líquidos, tratamiento del dolor, soporte nutricional, prevención de infección, contracturas y apoyo socioemocional.

2.4 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL ESTUDIO

Para determinar la confiabilidad y validez del instrumento se realizó una prueba piloto, aplicándolo a los casos que se encontraron en el servicio de pediatría del H.U.N.H.M.P. (5 pacientes), con la metodología descrita en este protocolo de investigación. En la prueba piloto se evaluaron aspectos como confiabilidad del instrumento, accesibilidad a la población, costos, duración del proceso,

necesidad de capacitación del personal que recolectará la información, entre otros; encontrándose un balance positivo en todos los aspectos dado que todo surgió como lo planeado, observando que para obtener una mayor población se necesita de aumentar el tiempo de recolección de información.

Con base en el análisis de los resultados obtenidos en la prueba piloto, se hicieron los ajustes requeridos al instrumento para facilitar el proceso de recolección, tabulación y análisis de datos.

En general la investigación se pudo realizar sin mayores inconvenientes, pues se aplicó un instrumento sencillo, entendible, se tuvo fácil acceso a los pacientes, no demandó grandes costos, ni se requirió de capacitación a otras personas.

2.5 PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada fue tabulada por medio de tablas con listado de indicadores, que permitieron el agrupamiento y organización de estos. Se utilizaron tablas unidimensionales, bidimensionales y pluridimensionales. Para la presentación de las gráficas se utilizaron barras, gráficas de pastel, entre otras.

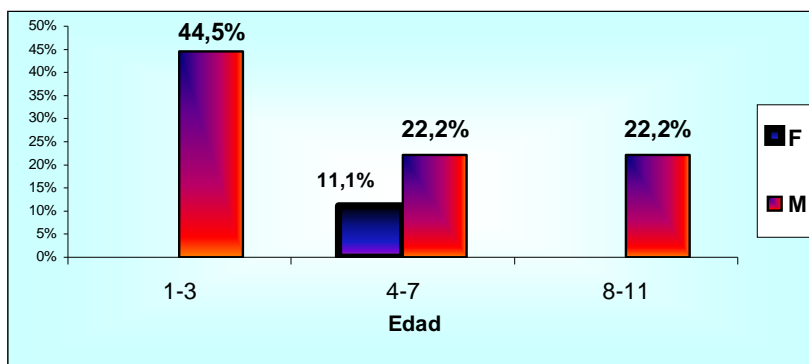
2.6 ETICIDAD

Esta investigación se realizó teniendo en cuenta los principios de la práctica de enfermería de integralidad, individualidad, dialogicidad y calidad. La *integralidad* porque estuvo orientado al proceso de cuidado de enfermería a los pacientes y familia, con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, socioemocional, mental y espiritual. El principio de *individualidad* porque se tuvo en cuenta las características socioculturales, históricas y valores de cada individuo y familia para así dar un trato más humano. La *dialogicidad* porque se fundamentó en la interrelación enfermera-paciente-familia, asegurando una comunicación efectiva y un diálogo participativo. El principio de *calidad* porque se brindó ayuda eficiente y efectiva al paciente, fundamentada en valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

3. RESULTADOS

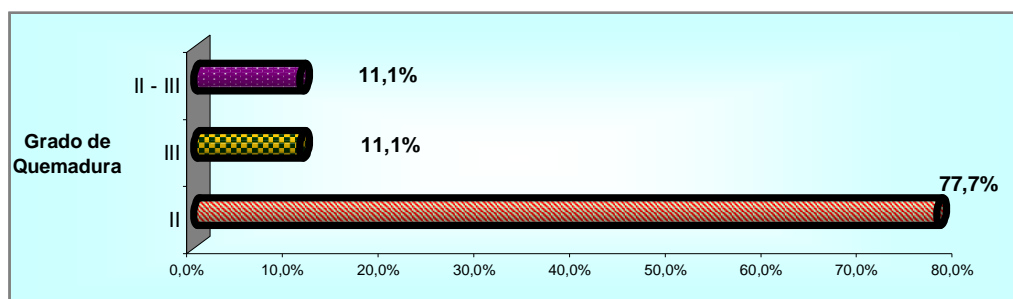
A continuación se presenta el análisis de los datos recolectados en el servicio de pediatría del H.U.N.H.M.P durante los meses de Abril a Julio de 2003 con una población de 9 pacientes.

Gráfica 1. *Distribución Por Edad Y Género De Los Pacientes Quemados En Etapa Aguda.*



La población masculina fue la más afectada por quemaduras con un 88.9% (8) del total de los casos presentados en la unidad pediátrica. Y el grupo etáreo más afectado lo comprenden los niños de uno a tres años de edad (44.5%), dato que coincide con los resultados obtenidos en una investigación realizada a nivel regional²².

Gráfica 2. *Distribución Por Grado De Quemadura De Los Pacientes Con Quemadura En Etapa Aguda.*



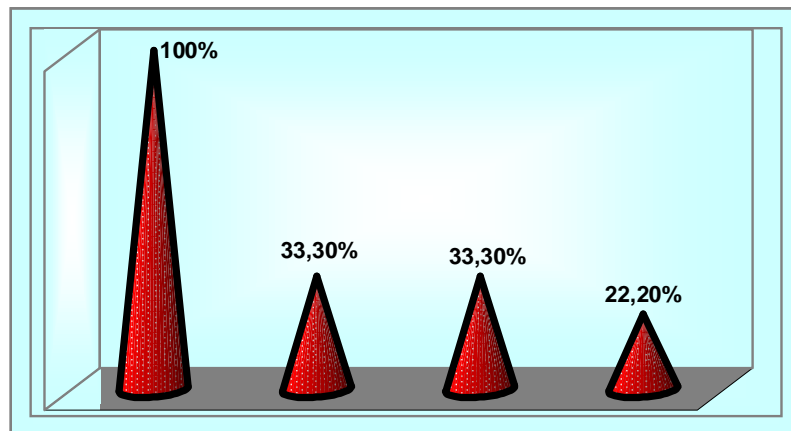
22. MONTEALEGRE, Carlos y Otros. Quemaduras en pacientes de edad pediátrica, ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Colombia: Neiva, 1997

El 77.8% (7) de la población objeto presentó quemaduras de II grado, criterio básico para hospitalización y tratamiento interdisciplinario y dato que coincide con los resultados obtenidos en una investigación realizada a nivel regional²³.

3.1 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL CUIDADO FISICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO EN LA ETAPA AGUDA.

3.1.1. Riesgo de exceso de volumen de líquidos r/c la reanudación de la integridad capilar y el intercambio de líquido del compartimiento intersticial al intravascular.

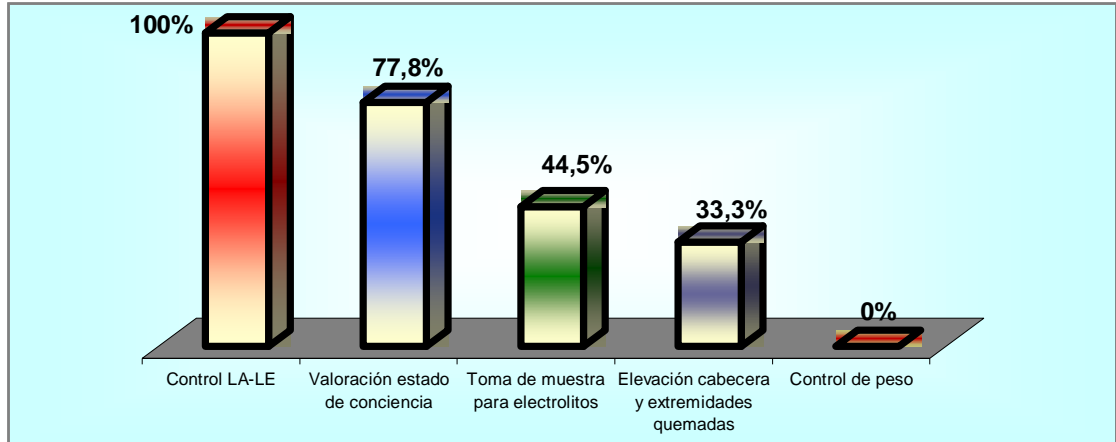
Gráfica 3. *Control De Signos Vitales Como Mínimo C/4 Horas De Los Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda*



El personal de enfermería controla en un 100% la temperatura mínimo c/4h de los pacientes pediátricos quemados, sin embargo los otros signos vitales no son valorados con la frecuencia que se requiere para este tipo de pacientes, siendo la toma de la Tensión Arterial la de menor frecuencia.

22. Ibid.

Gráfica 4. *Actividades Que Realiza El Personal De Enfermería Relacionado Con El Riesgo De Exceso De Volumen De Líquidos En Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda .*



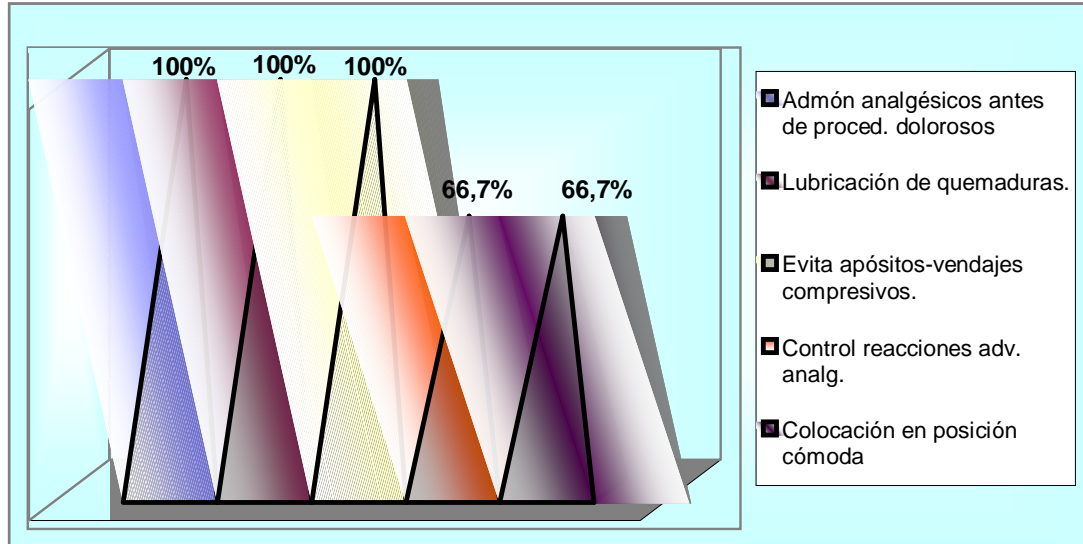
El personal de enfermería realiza en su totalidad el control de líquidos administrados (LA) y líquidos eliminados (LE) y valoración del estado de conciencia en el 77.8% de los casos. Es importante resaltar que la actividad que en un 100% no se realiza es la de control de peso, considerada como una de las principales acciones en el cuidado del niño quemado.

3.1.2 Riesgo de hipertermia r/c restauración del hipermetabolismo y estado infeccioso.

La actividad que el personal de enfermería realiza para disminuir el riesgo de hipertermia, se ejecuta en un 100%, proporcionando a los pacientes ropa liviana y fresca durante la hospitalización.

3.1.3 Presencia de dolor r/c nervios expuestos, cicatrización de heridas y tratamiento.

Gráfica 5. *Actividades Que Realiza El Personal De Enfermería Ante La Presencia De Dolor En Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda.*



Las actividades que el personal de enfermería realiza en la totalidad de la población pediátrica quemada fue la de administrar analgésicos antes de cada curación o procedimiento doloroso, lubricar las quemaduras y evitar la colocación de apósitos y vendajes compresivos, seguidamente se puede observar que con un 66.7% se realizan el control de reacciones adversas a los analgésicos independientemente de los antipruríticos los cuales no se ordenaron en ninguno de los pacientes y la colocación en posición que le disminuya el dolor.

3.1.4 Riesgo de alteración de la nutrición r/c anorexia, ayuno prolongado por tratamiento quirúrgico, hipermetabolismo y cicatrización de heridas.

Con relación a las actividades que realiza el personal de enfermería respecto al riesgo de alteración de la nutrición en pacientes pediátricos quemados en etapa aguda, se encontró que del total de pacientes el 88.9% no presentaron signos de intolerancia a los alimentos, tan solo al 11.1% se le realizo control de los mismos. Ninguno de los pacientes necesitó el uso de alimentación suplementaria por SNG.

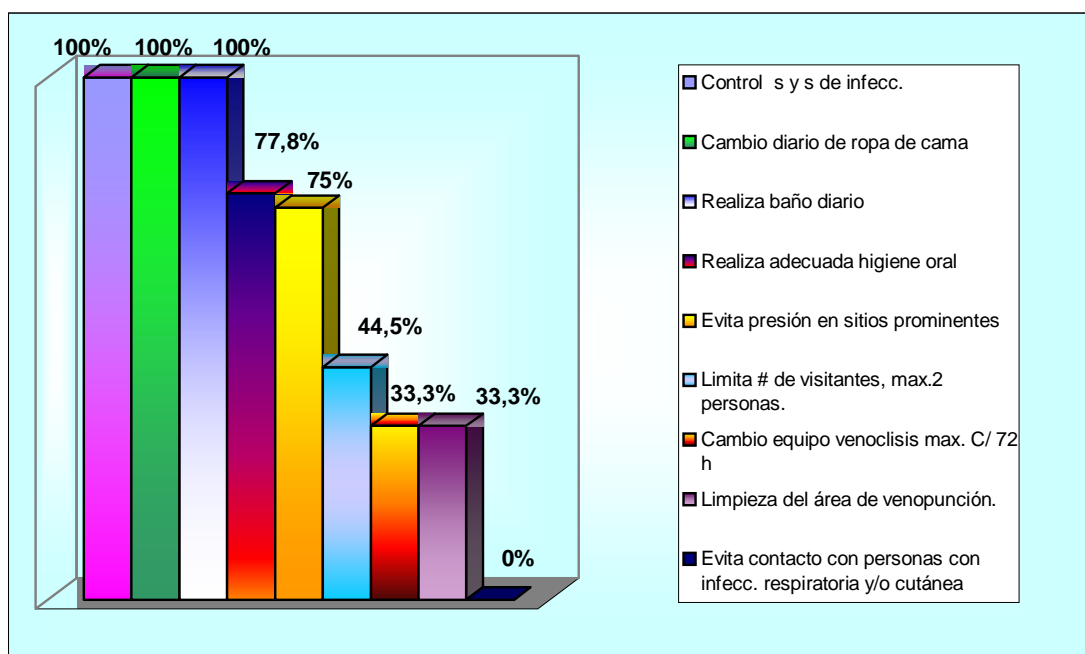
Cuadro 1. Control De Reacciones Adversas De Medicamentos De Acción Gastrointestinal Por Parte Del Personal De Enfermería A Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda.

Medicamentos	Sí	%	No	%
Antieméticos.	-	-	1	100
Laxantes.	-	-	1	100
Antiácidos.	3	50	3	50

El 100% de la población no requirió de antidiarreicos, al 88.9% no se le administró antieméticos y laxantes y al 33.3% no se le formuló antiácidos. Del total de los casos en los que se requirió la administración de los anteriores medicamentos, al 100% no se les controló reacciones adversas a antieméticos y laxantes y al 50% a los antiácidos.

3.1.5 Riesgo de infección r/c pérdida de la barrera cutánea, deterioro de la respuesta inmunológica, LEV e incumplimiento de técnica aséptica e higiene ambiental.

Gráfica 6. Actividades Que Realiza El Personal De Enfermería Relacionado Con El Riesgo De Infección De Los Pacientes Pediátricos Quemados En La Etapa Aguda.



Dentro de las actividades que el personal de enfermería realiza con pacientes pediátricos quemados con riesgo de infección, sobresale con un 100% el control de signos y síntomas de infección (población afectada 55.5%), baño diario y cambio diario de ropa de cama, seguidamente con un 77.8% y 75% acciones básicas como higiene oral y evitar zonas de presión. Es de destacar que no se están ejecutando en su totalidad (solo el 33.3%) acciones antisépticas como el cambio de venoclisis máximo cada 72 horas y limpieza con solución antiséptica en el área de venopunción. Igualmente no se están ejecutando acciones que prevengan el contacto del paciente con personas con infecciones respiratorias y cutáneas, y en el 55.5% de los casos no se limita la entrada de dos visitantes como máximo por paciente, favoreciendo el desarrollo de complicaciones potenciales del paciente. Ninguno de los pacientes requirió sonda vesical e injerto cutáneo.

Cuadro 2. *Medidas Antisépticas Que Práctica El Personal De Enfermería En Los Procedimientos Con El Fin De Disminuir El Riesgo De Infección En El Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.*

Medidas antisépticas	Sí	%	No	%
Lavado de manos	3	33.3	6	66.7
Postura de guantes estériles	8	88.9	1	11.1
Postura de bata	-	-	9	100
Postura de gorro.	-	-	9	100
Postura de mascarilla	-	-	9	100

Teniendo en cuenta los datos anteriores se puede observar que las medidas antisépticas practicadas durante procedimientos como en las curaciones presentan grandes falencias, como lo son la no postura de bata, gorro, ni mascarilla; tan solo el 33.3% realizan el lavado de manos antes de cualquier procedimiento. Es importante resaltar ésta situación, ya que éstas son las medidas básicas para evitar infecciones nosocomiales y complicaciones potenciales del paciente por su estado de inmunosupresión.

Cuadro 3. *Tipo De Curación Diaria Ó Interdiaria Aplicada Al Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.*

Tipo curación	# ptes	%
Expositiva	2	22.2
Oclusiva	1	11.1
Triconjugado	6	66.7

El 66.7% de los pacientes pediátricos quemados se les aplicó técnica de triconjugado debido a la severidad de la quemadura.

Cuadro 4. *Medidas De Tratamiento Ante La Flebitis Aplicadas Por Enfermería Al Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.*

Medidas de tratamiento	Sí	%	No	%
Retirar el catéter	5	100	-	-
Canalizar nueva vena	5	100	-	-
Aplicar solución antiséptica	3	60	2	40
Aplicar compresas húmedas -tibias	1	20	4	80

El 44.5% del total de la población no presentaron casos de flebitis en vena canalizada, por eso del restante 55.5% que sí presentaron flebitis se encontró que en un 100% se realiza cambio de catéter, y canaliza nueva vena, seguido de un 60% la aplicación de solución antiséptica sobre el sitio de infección. Los medios físicos como el uso de compresas húmedas tibias no se aplican en un 80%.

3.1.6 Posible contracturas r/c dolor, inmovilidad prolongada.

Cuadro 5. *Actividades Que Realiza El Personal De Enfermería Relacionado Con El Riesgo De Contracturas En Los Pacientes Pediátricos Quemados En Etapa Aguda.*

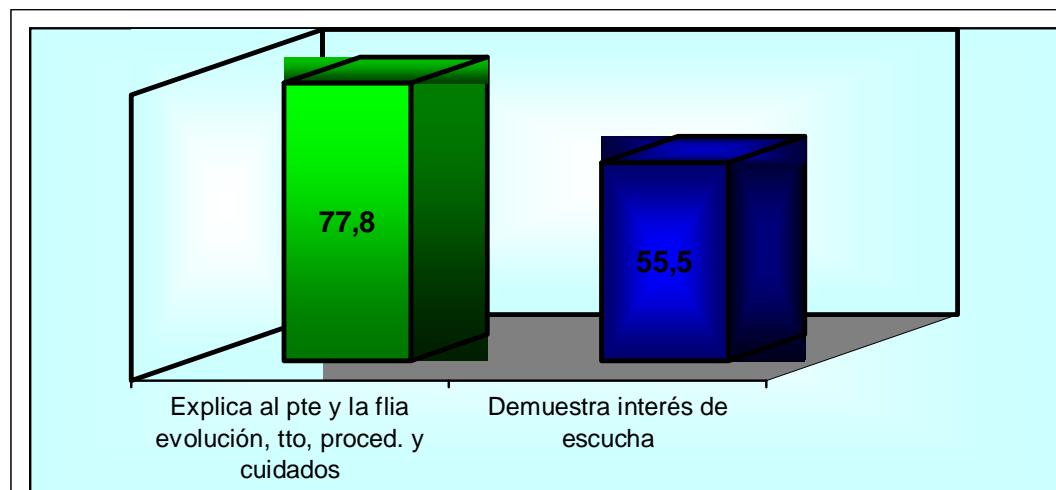
Actividades de enfermería	Sí	%	No	%
Evita contacto de dos superficies quemadas	6	75	2	25
Coloca barandas en la cama	1	25	3	75
Acompaña al pte. En cambios de posición	6	66.7	3	33.3
Colocar almohadas alrededor del pte.	1	14.3	6	85.7
Ubicar en el centro de la cama del pte.	8	100	-	-
Proporcionar zapatos en la deambulaci3n	5	100	-	-

Las actividades que el profesional de enfermería realiza para disminuir el riesgo de contracturas en los pacientes que las requieren en un 100% son la ubicaci3n del paciente en el centro de la cama y proporcionar zapatos para la deambulaci3n, le continúan acciones en un 75 y 66.7% como evitar contacto con dos superficies quemadas y acompa±amiento del paciente durante cambios de posici3n y con un 14.3% la protecci3n del paciente con almohadas para evitar lesiones.

3.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL CUIDADO SOCIOEMOCIONAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO EN LA ETAPA AGUDA.

3.2.1 Riesgo de alteración de los procesos familiares r/c la lesión por quemaduras.

Gráfica 7. *Actividades Que Realiza El Profesional De Enfermería Relacionado Con Riesgo De Alteración De Los Procesos Familiares Del Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.*



Con lo anterior el personal de enfermería con un gran porcentaje del 77.8% y 55.5% ofrece a la familia datos sobre el estado real del paciente y demuestra deseos de escucha tras las múltiples incertidumbres y temores por las secuelas y estado del paciente.

Según la tabulación realizada, el personal de enfermería da en un 100% participación activa de la familia en la atención del paciente pediátrico quemado tanto en el baño, aseo, alimentación y cambios de posición.

3.2.2 Miedo y ansiedad r/c posibles sentimientos de culpabilidad, temor a intervenciones del personal o a la muerte.

En cuanto a las actividades que realiza el personal de enfermería para controlar o manejar el miedo y la ansiedad en el paciente pediátrico quemado, se observa que con un 88.9% mantiene una actitud positiva frente al niño, y en

aquellos mayores de 5 años (55.5% de la población total) favorecen de forma total la independencia del paciente para ejecutar actividades como el baño, alimentación y cambios de posición, tan solo el 44.5% (4 casos) son menores de esta edad y su dependencia a su familia y personal de salud es indispensable.

3.3 REGISTROS

Para valorar algunos cuidados brindados por el personal de enfermería al niño quemado, fue necesario recurrir a las historias clínicas y observar si se estaba llevando el diligenciamiento adecuado de los diferentes SIS, como informe de las actividades que se realizan con el paciente.

Cuadro 6. *Registros Correspondientes Según El Cuidado Que Brinda El Personal De Enfermería Al Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.*

REGISTROS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%
SIS 409 (evolución)	9	100	-	-
SIS415 (hoja de tratamiento)	9	100	-	-
SIS416 (hoja de signos vitales)	7	77.8	2	22.2
SIS417 (balance de líquidos)	9	100		

El personal de enfermería realiza en su mayoría los registros necesarios para el cuidado integral del paciente quemado, en su totalidad (100%) el SIS 409, SIS 415 y SIS 417, y con un 77.8% el SIS 416.

3.4 RECIBO Y ENTREGA DE TURNO

Cuadro 7. *Informes Que Hace El Personal De Enfermería En La Entrega Y Recibo De Turno Sobre Cambios Presentados En El Paciente Pediátrico Quemado En Etapa Aguda.*

INFORMA CAMBIOS EN:	Sí	%	No	%
Tensión Arterial	1	11.1	8	88.9
Temperatura	4	100	-	-
Pulso	-	-	6	100
Frecuencia Respiratoria	1	14.3	6	85.7

Balance de Líquidos	4	100	-	-
Estado de conciencia	4	66.7	2	33.3
Peso	-	-	9	100
Reacciones adversas de analgésicos- antieméticos	1	50	1	50
Tolerancia a alimentos	1	100	-	-
Signos de infección	2	100	-	-
Herida	5	71.4	2	28.6

Con lo anterior se puede observar que el personal de Enfermería informa en su totalidad (100%) en cada entrega y recibo de turno cambios en la temperatura, balance de líquidos, tolerancia a los alimentos, signos de infección.

No se puede rendir informe sobre cambios en la tensión arterial con un 88.9%, pulso y peso con el 100%, seguido de frecuencia respiratoria y de reacciones adversas a medicamentos como analgésicos o antieméticos en un 85.7% y 50% respectivamente porque son los criterios menos valorados en los pacientes pediátricos quemados según registros, haciendo que la entrega y recibo de turno sea superficial e incompleta.

Es necesario aclarar que hubo población que no presentó cambios en algunos criterios expuestos en la tabla.

4. DISCUSION

En los resultados de la investigación se pudo observar que el mayor número de casos de quemaduras correspondió al sexo masculino en el rango de edad entre 1-3 años, en el II grado de quemadura.

Sobre el cuidado físico del paciente pediátrico quemado se encontró que no se están tomando los signos vitales con la regularidad requerida a excepción de la temperatura. Al no realizar este cuidado se está incumpliendo con una de las tareas específicas del personal de enfermería, desmejorando la calidad de atención; dado que el llevar registro de cada una de las constantes vitales como: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura incluyendo la tensión arterial aportan datos importantes de la evolución del paciente y se detectan a tiempo alteraciones hemodinámicas facilitando la toma de decisiones con respecto al tratamiento.

También se encontró una ausencia total del control del peso en el servicio de pediatría, lo cual llama la atención especialmente cuando esta acción es considerada como un elemento primario para detectar alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas en la fase aguda de la quemadura.

Otro cuidado que se realiza irregularmente es la elevación de la cabecera y extremidades quemadas. Al no ejecutar esta acción no se favorece la disminución del edema y no se contribuye al proceso de cicatrización.

Es necesario mencionar que la enfermera está pendiente del control de los electrolitos en todos los pacientes, siendo este medio diagnóstico uno de los básicos para iniciar el tratamiento especialmente en la etapa aguda y el personal de enfermería por saber la importancia de identificar el estado electrolítico del paciente, debe fomentar la realización de este laboratorio.

Los cuidados de enfermería relacionados con el control del dolor representan un balance positivo dentro de la atención, porque en la totalidad de los casos se administraron analgésicos antes de los procedimientos dolorosos, se lubricaron las quemaduras, se evitaron apósitos y vendajes compresivos; con una menor frecuencia se realiza control de reacciones adversas a los analgésicos y colocación en posición cómoda. Estas actividades contribuyen de una forma indirecta a la recuperación satisfactoria del niño, disminuyendo el nivel de dolor como factor que induce al estrés y por ende a alteraciones

sistémicas; además se hace menos traumática la estancia en el Hospital y facilita la aceptación del tratamiento.

En el estudio se observó que la mayoría de los pacientes no presentaron intolerancia a los alimentos, tan solo un 11.1% que presentó esta reacción tuvo atención oportuna por parte del personal de enfermería. Ninguno necesitó alimentación suplementaria por sonda nasogástrica. De igual forma ningún paciente necesitó antidiarreicos y la mayoría no requirió antieméticos ni laxantes; solo 22.2% de los pacientes presentaron reacciones adversas a los medicamentos mencionados y no recibieron cuidados por parte del personal de enfermería oportunamente. Con respecto a los antiácidos el 66.7% de los pacientes a quienes se les administró, la mitad presentó reacciones adversas y tuvieron control oportuno. Es por ello que se debe tener una mejor observación ante la reacción del paciente a cualquier fármaco, la idiosincrasia de los pacientes no puede ser generalizada.

Cabe resaltar que se encontraron fortalezas al analizar las actividades de enfermería relacionadas con el riesgo de infección como el control de signos y síntomas de infección, cambio de ropa de cama, realizar baño diario, adecuada higiene oral, medidas de tratamiento ante la flebitis. Sin embargo se encontró que existen falencias en cuanto al no cumplimiento de normas de aislamiento y medidas antisépticas como lavado de manos, uso de bata, gorro y mascarilla; favoreciendo la infección como una de las complicaciones más comunes y de mayor causa de muerte, ya que las lesiones por quemaduras se infectan rápidamente por inadecuada técnica aséptica, contaminación del ambiente hospitalario y por depresión del sistema inmunológico del paciente.

En el servicio de pediatría del Hospital Universitario de Neiva para evitar las contracturas, una de las principales consecuencias de la inadecuada atención de enfermería durante el proceso de recuperación de las quemaduras y secuelas dramáticas que marca profundamente al niño desde el punto de vista socioemocional, se toman medidas como ubicar al niño en el centro de la cama, proporcionar zapatos en la deambulacion cuando no está contraindicado; en la mayoría de los niños se evitó el contacto de dos superficies quemadas y se acompañó al paciente durante cambios de posición. La única debilidad encontrada fue la de no colocar almohadas o barandas alrededor del paciente que realmente lo requería.

Es importante mencionar que se encontraron aspectos positivos dentro del cuidado como lo es la aptitud del personal de enfermería frente al paciente y la familia facilitando el proceso de comunicación, adaptación e interacción favoreciendo así una adecuada rehabilitación socioemocional.

A partir de esta discusión se pretende brindar constructivamente unas recomendaciones que sean base de la creación de nuevas estrategias que conlleven a un mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de pediatría.

5. CONCLUSIONES

- ✧ En el H.U.N.H.M.P como institución de Tercer Nivel especialmente en el Servicio de Pediatría no existe un protocolo de atención al niño quemado en la fase aguda, siendo esta una etapa crucial para la evolución y cuidado específico e integral del paciente.
- ✧ Dentro del periodo de estudio se encontró que el género y la edad en la cual se presentaron más casos de quemaduras corresponden al sexo masculino entre los 1-3 años de edad, especialmente con ingreso de quemaduras de II Grado.
- ✧ El personal de Enfermería tomó en su totalidad la Temperatura mínimo cada cuatro horas pero falla en la toma de los otros signos vitales como lo son la Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Frecuencia Respiratoria.
- ✧ Las actividades que mayormente realiza el personal de Enfermería con relación al riesgo de exceso de volumen de líquidos son: control de líquidos administrados y eliminados y valoración del estado de conciencia. Dentro de las que menos se tienen en cuenta figuran: la toma de muestra para electrolitos, elevación de la cabecera y extremidades quemadas y la actividad que no se realiza es el control de peso.
- ✧ El personal de Enfermería realiza los cuidados necesarios para disminuir el riesgo de hipertermia del paciente, como lo es proporcionar ropa liviana y fresca durante la hospitalización.
- ✧ El personal de Enfermería realiza un muy buen cuidado para disminuir el dolor en el paciente quemado así: administración de analgésicos antes de procedimientos dolorosos, lubricación de las quemaduras, evitar colocar apósitos-vendajes compresivos y en menor ejecución el control de reacciones adversas de analgésicos y colocación en posición cómoda.
- ✧ Ninguno de los pacientes requirió alimentación suplementaria por sonda nasogástrica y tan solo el 11.1% presentó intolerancia a los alimentos, ante lo cual recibió el cuidado necesario por parte del personal de enfermería. Lo contrario sucedió cuando los pacientes presentaron reacciones adversas a medicamentos de acción gastrointestinal como antieméticos, laxantes y antiácidos que no recibieron atención.

- ✱ El personal de Enfermería realizó satisfactoriamente algunas acciones para disminuir el riesgo de infección como: control de signos y síntomas de infección, cambio diario de ropa de cama, baño diario, adecuada higiene oral, evitar presión en sitios prominentes y medidas de tratamiento ante flebitis. Existen preocupantes fallas en cuanto a que no se limita el número de visitantes (máximo 2) por paciente simultáneamente, no se evita el contacto del paciente con personas con infecciones respiratorias y/o cutáneas, en un muy poco porcentaje se hace cambio de equipo de venoclisis máximo cada 72 horas y limpieza con solución antiséptica en el área de venopunción cuando se administra medicamentos. En procedimientos como curaciones no se aplican en su totalidad medidas antisépticas como: lavado de manos, postura de bata, gorro y mascarilla.

- ✱ Las acciones que realiza el personal de Enfermería para disminuir el riesgo de contracturas son: ubicar al paciente en el centro de la cama, proporcionar zapatos para la deambulaci3n, acompa1amiento del paciente ante los cambios de posici3n y evitar contacto de dos superficies quemadas. Otras actividades como colocar barandas en la cama y almohadas alrededor del ni1o muy poco se tienen en cuenta dentro de los cuidados que realiza el personal de enfermería.

- ✱ Se tuvo muy buen manejo de los procesos familiares mediante el informe oportuno del estado actual de salud del paciente, la explicaci3n de procedimientos y tratamiento a la familia y la satisfacci3n de los deseos de escucha por parte del personal de Enfermería tanto al ni1o como a los familiares.

- ✱ El diligenciamiento de los SIS por parte del personal de Enfermería se realizó en su totalidad, sin embargo se presentaron falencias en la entrega y recibo de turno relacionados con la informaci3n de cambios en la Tensi3n Arterial, Pulso, Frecuencia Respiratoria y peso por ausencia de registros.

6. RECOMENDACIONES

- ✧ Con el fin de mejorar el cuidado del paciente pediátrico quemado, es necesario implementar un protocolo de atención específico e integral en la fase aguda de la quemadura.

- ✧ Brindar continua capacitación al personal de enfermería sobre las falencias encontradas como toma de todos los signos vitales, control de peso, aplicación de medidas antisépticas y de aislamiento y la importancia de una completa y detallada entrega y recibo de turno.

- ✧ Promover la aplicación de medidas antisépticas en los procedimientos especialmente durante las curaciones, distribuyendo, según prioridad, los recursos o materiales necesarios para un correcto cuidado con calidad y eficiencia por parte del personal de enfermería.

- ✧ Adopción y estricto cumplimiento de normas de aislamiento del paciente a agentes patógenos y ambientes sépticos, conservando al máximo un ambiente limpio y agradable para el paciente.

- ✧ Promover la investigación que estimule el mejoramiento de la calidad de atención sobre la población pediátrica quemada y que se apoye una vez más la necesidad de un Pabellón de Quemados, especialmente cuando se trata de una Institución de Tercer Nivel como lo es el H.U.N.H.M.P.

BIBLIOGRAFÍA

BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Medicoquirúrgica. 8ª Edición, Volumen II. México: México D.F, 1998.

CAMACHO, Andrés. La Amenaza de las Quemaduras en Poblaciones Susceptibles. Colombia: Santafe de Bogotá, 2000.

DONAHUE, M. Patricia. Historia de la Enfermería. 4ª edición, 1993.

GUYTON, Hall. Tratado de Fisiología Médica. 9º Edición. México: México D.F, 1998.

ISAZA, Carlos y Otros. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. 3ª edición. Colombia: Pereira – Risaralda, 1996.

LORAYNE y CLERY, Anthony. Protocolo de Atención a Pacientes Quemados. Estados Unidos: Boston, 1999.

MONTEALEGRE, Carlos y Otros. Quemaduras en pacientes de edad pediátrica, ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Colombia: Neiva, 1997.

SALGADO GARCIA, Doris. Urgencias Pediátricas, Capítulo Manejo del Paciente Pediátrico Quemado en Urgencias. 1ª edición. Colombia: Neiva, 2002.

SANDERS, Jhon. Quemados. En:
www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm.

SANDOVAL, Oscar y otros. Casos más frecuentes de quemaduras en niños de 0 a 15 años, en la unidad de pediatría en el Hospital Departamental de Neiva, del período comprendido de Junio 01 de 1997 a Junio 01 de 1998. Colombia: Neiva, 1998.

TORTORA, Gerard J y GRABOWSKI, Sandra Reinolds. Principios de Anatomía y Fisiología. 7ª edición. España: Madrid, 1996.

WHALEY y WONG. Enfermería Pediátrica. 4ª edición. España: Madrid, 1995.

ANEXOS

ANEXO 1

Neiva, 2 de Febrero de 2003

Señora:

GENOVEVA PARRA

Enfermera

Hospital Universitario de Neiva

Ciudad

Cordial saludo

Nos dirigimos a usted respetuosamente con el fin de solicitar permiso para la realización de la investigación "*Cuidado Integral De Enfermería Al Niño Quemado En Etapa Aguda Servicio De Pediatría Hospital Universitario De Neiva Hernando Moncaleano Perdomo*" durante los meses comprendidos entre Febrero y Junio. Esta investigación está a cargo de 4 estudiantes del VII semestre de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, junto con la asesoría de la docente María Olga Salazar.

Agradecemos de ante mano la atención y colaboración prestada.

Atentamente,

LUZ ANGELICA GASCA V.

LUZ ANGELICA GASCA V 2000101287

Estudiante Coordinadora

Beun Jant.
3-II-03

ANEXO 2

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA AL NIÑO QUEMADO EN ETAPA AGUDA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA H.U.N.H.M.P.

GUIA PARA LA RECOLECCION DE DATOS MEDIANTE LA OBSERVACIÓN, REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA E INFORMES EN LA ENTREGA - RECIBO DE TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL NIÑO QUEMADO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA H.U.N.H.M.P

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

SEXO: _____ EDAD: _____ No. HCl: _____
CAMA: _____ Dx MEDICO: _____ GRADO: _____

2. CUIDADO FISICO

2.1 Riesgo de exceso de volumen de líquidos r/c la reanudación de la integridad capilar y el intercambio de líquido del compartimiento intersticial al intravascular.

El personal de Enfermería realiza:

2.1.1 Control c/4h como mínimo de Signos Vitales:

	SI	NO
Tensión Arterial		
Temperatura		
Pulso		
Frecuencia respiratoria		

2.1.2 Control de líquidos administrados y eliminados:

SI		NO
c/turno	c/24h	

2.1.3 Valoración del estado de conciencia mínimo c/turno:

SI	NO

2.1.4 Control de peso:

SI					NO
<i>diario</i>	<i>2v/sem.</i>	<i>semanal</i>	<i>quincenal</i>	<i>más</i>	

2.1.5 Toma de muestra para electrolitos según orden médica:

SI	NO	NO SE ORDENA

2.1.6 Eleva la cabecera de la cama y extremidades quemadas:

SI	NO

2.2 Riesgo de hipertermia r/c restauración del hipermetabolismo y estado infeccioso.

El personal de Enfermería realiza:

2.2.1 Proporciona ropa liviana y fresca al paciente:

SI	NO

3.5 Presencia de dolor r/c nervios expuestos, cicatrización de heridas y tratamiento quirúrgico.

El personal de Enfermería realiza:

2.2.1 Administración de analgésicos antes de la curación u otros procedimientos dolorosos:

SI	NO	NO REQUIERE

2.3.2 Control de reacciones adversas a medicamentos como:

	SI	NO	NO REQUIERE
<i>Analgésicos</i>			
<i>Antipruríticos</i>			

2.3.3 Lubrica quemaduras cicatrizadas con lociones de agua o sílice:

SI	NO

2.3.4 Evita la colocación de apósitos y vendajes compresivos:

SI	NO	NO REQUIERE

2.3.5 Colocación del paciente en posición que le disminuya el dolor:

SI	NO

2.4 Riesgo de alteración de la nutrición r/c anorexia, ayuno prolongado por tratamiento quirúrgico, hipermetabolismo y cicatrización de heridas.

El personal de Enfermería realiza:

2.4.1 Control de signos de intolerancia a los alimentos:

SI	NO	NO PRESENTA

2.4.2 Control de reacciones adversas a:

	SI	NO	NO REQUIERE
Antieméticos			
Laxantes			
Antiácidos			
Antidiarreicos			

2.4.3 Precauciones necesarias de la alimentación suplementaria por SNG:

SI	NO	NO REQUIERE

2.5 Riesgo de infección r/c pérdida de la barrera cutánea, deterioro de la respuesta inmunológica, LEV e incumplimiento de técnica aséptica y normas de higiene ambiental.

El personal de Enfermería realiza:

2.5.1 Control signos y síntomas de infección:

SI	NO	NO PRESENTA

2.5.2 Aplica medidas antisépticas en las curaciones del paciente como:

	SI	NO
Lavado de manos		
Postura de bata		
Postura de gorro		
Postura de mascarilla		
Postura de guantes estériles		

2.5.3 Curación diaria o Inter.-diaria en la herida según tipo:

	SI	NO
Exposición		
Oclusiva		
Triconjugado		

2.5.4 Realiza adecuada higiene oral:

SI	NO

2.5.5 Realiza cambio de equipo de venoclisis máximo cada 72h:

SI	NO	NO REQUIERE

2.5.6 Realiza cambio de sonda vesical máximo c/8 días:

SI	NO	NO REQUIERE

2.5.7 Toma de muestra para cultivo:

	SI	NO	NO SE ORDENA
Sangre			
Orina			
Herida			

2.5.8 Realiza limpieza del área de venopunción al administrar medicamentos:

SI	NO

2.5.9 Realiza medidas de tratamiento ante la flebitis en vena canalizada:

	SI	NO	NO PRESENTA
Retirar el catéter			
Canalizar vena nueva			
Aplicar solución antiséptica			
Compresas húmedas-tibias			

2.5.10 Realiza baño diario:

SI	NO

2.5.11 Evita presión en sitios prominentes:

SI	NO	NO REQUIERE

2.5.12 Realiza cuidados de injerto cutáneo:

Si ----- No ----- Carece de injerto cutáneo _____

2.5.13 Evita contacto del paciente con personas con infecciones respiratorias o cutáneas:

SI	NO

2.5.14 Realiza cambio diario de ropa de cama:

SI	NO

2.5.15 Limita el número de visitantes máximo 2 personas que entran simultáneamente a la habitación:

SI	NO

2.6 Riesgo de contracturas r/c dolor, inmovilidad prolongada.

El personal de Enfermería realiza:

2.6.1 Evita dejar en contacto dos superficies quemadas:

SI	NO	NO REQUIERE

2.6.2 Aplica medidas para evitar lesiones:

	SI	NO	NO REQUIERE
Colocar barandas en la cama			
Acompañar al paciente durante cambios de posición			
Colocar almohadas alrededor del paciente			
Ubicar al paciente en el centro de la cama			
Proporcionar zapatos en la deambulaci3n			

3. CUIDADO SOCIOEMOCIONAL

3.1 Riesgo de alteraci3n de los procesos familiares r/c la lesi3n por quemaduras.

El personal de Enfermería:

3.1.1 Ayuda al paciente y familia a orientar la percepci3n de las lesiones por quemaduras en el funcionamiento familiar:

	SI	NO
Explica al paciente y familia evoluci3n, tto, procedimientos, cuidados.		
Demuestra deseos de escucha		

3.1.2 Da participaci3n activa de la familia en la atenci3n del paciente:

	SI	NO
Baño		
Aseo		
Alimentaci3n		
Cambios de posici3n		

3.2 Miedo y ansiedad r/c posibles sentimientos de culpabilidad, temor a intervenciones del personal de salud o a la muerte.

El personal de Enfermería:

3.2.1 Mantiene una actitud positiva frente al niño:

SI	NO

3.2.2 Favorece la independencia del paciente >5años mediante la realización tareas sencillas:

	SI	NO	NO APLICA
Baño			
Alimentación			
Cambios de posición			

4. Registros

4.1 El personal de Enfermería realiza los registros correspondientes producto del cuidado que brinda al niño quemado así:

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
SIS 416			
SIS 409			
SIS 417			
SIS 415			

5. Recibo – entrega de turno

5.1 El personal de enfermería informa cambios en:

	SI	NO	NO PRESENTA
Tensión arterial			
Temperatura			
Pulso			
Frecuencia respiratoria			
Balance de líquidos			
Estado de conciencia			
Peso			
Reacciones adversas a: * Analgésicos * Antipruríticos * Antieméticos * Laxantes * Antiácidos * Antidiarreicos			
Tolerancia a alimentos			
Signos de infección			
Herida			