



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES COM QUEMADURAS DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA Terciaria

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH BURNS OF A TERTIARY SPECIALIZED UNIT

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM QUEIMADURAS DE UMA UNIDADE ESPECIALIZADA Terciária

Annecy Tojeiro Giordani¹, Helena Megumi Sonobe², Margarete de Araújo Andrade³, Maria Aparecida Valério⁴, Gabriele Guarini⁵, Amanda Torres Rodrigues⁶

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com queimaduras. **Método:** estudo quantitativo, retrospectivo, com 434 prontuários de pacientes com queimaduras, atendidos no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) paranaense, de janeiro/2012 a dezembro/2013. Os dados de identificação, sociodemográficos e clínicos foram digitados duplamente no Programa Excel e processados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS)[®], versão 19.0, com análise estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 459.623. **Resultados:** do total de 434 (100%) internações por queimaduras, predominou sexo masculino (287-66%), entre 10 e 30 anos (136-31%), queimaduras por álcool ou gasolina (182-42%), de 2º e 3º graus (159-37%), internações entre 11 e 30 dias (173-40%) e extensão corporal de 01 a 19% (280-65%). **Conclusão:** clientela necessitou de cuidados intensivos na fase aguda da hospitalização e de cuidados domiciliares específicos por um longo tempo e intervenções educativas para família, além de suporte profissional especializado para minimização de danos e comprometimento funcional, psicológico, laboral e social. **Descritores:** Queimaduras; Cuidados de enfermagem; Hospitalização.

ABSTRACT

Objective: to characterize the sociodemographic and clinical profile of patients with burns. **Method:** quantitative, retrospective study, with medical records of 434 patients with burns treated at the Burn Treatment Center (BTC) of Paraná, from January/2012 to December/2013. Identification, clinical and sociodemographic data were double entered in Excel Program and processed in Statistical Package for Social Science (SPSS)[®], version 19.0, with descriptive statistics analysis. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Opinion 459.623. **Results:** from the total of 434 (100%) hospitalizations for burns, it predominated males (287-66%), between 10 and 30 years old (136-31%), burns by gasoline or alcohol (182-42%), 2nd and 3rd degree burns (159-37%), hospitalizations between 11 and 30 days (173-40%) and body length from 01-19% (280-65%). **Conclusion:** patients required intensive care during the acute phase of hospitalization and specific home care for a long time and educational interventions for family, as well as specialized professional support for harm minimization, and psychological, social and occupational functional impairment. **Descriptors:** Burns; Nursing Care; Hospitalization.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con quemaduras. **Método:** estudio cuantitativo, retrospectivo, con 434 prontuarios de pacientes con quemaduras, atendidos en el Centro de Tratamientos de Quemados (CTQ) de Paraná de enero/2012 a diciembre/2013. Los datos de identificación, sociodemográficos y clínicos fueron digitados doblemente en el Programa Excel y procesados en el *Statistical Package for Social Science* (SPSS)[®], versión 19.0, con análisis estadístico descriptivo. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, parecer 459.623. **Resultados:** del total de 434 (100%) internaciones por quemaduras, predominó el sexo masculino 287 (66%), entre 10 y 30 años 136 (31%), quemaduras por alcohol o gasolina 182 (42%), de segundo y tercer grado 159 (37%), internaciones entre 11 y 30 días 173 (40%) y extensión corporal de 01 a 19% 280 (65%). **Conclusión:** los lesionados necesitaron de cuidados intensivos en la fase aguda de hospitalización y de cuidados domiciliarios específicos por un largo tiempo e intervenciones educativas para la familia, además de soporte profesional especializado para minimizar los daños y el comprometimiento funcional, psicológico, laboral y social. **Descriptores:** Quemaduras; Cuidados de Enfermería; Hospitalización.

¹Enfermera, Post-doctorado, Profesora Adjunta, Universidad Estadual del Norte de Paraná. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: annecy@uenp.edu.br; ²Enfermera, Profesora Doctora, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: megumi@eerp.usp.br; ³Enfermera, Especialista, Hospital de las Clínicas, Universidad Estadual de Londrina/HC-UEL. Londrina (PR), Brasil. E-mail: margareteandrade@sercomtel.com.br; ⁴Ingeniera Agrónoma, Mestre, Profesora Auxiliar, Universidad Estadual del Norte de Paraná/UENP-CLM. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: mavalerio@uenp.edu.br; ⁵Graduación en Enfermería, Becaria Iniciación Científica por la Fundación Araucária, Universidad Estadual del Norte de Paraná/UENP-CLM. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: gabiguarini18@gmail.com; ⁶Graduación en Enfermería, Universidad Estadual del Norte de Paraná/UENP-CLM. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: amanda.t.rodrigues@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La quemadura es una lesión en determinada área del cuerpo causada por agente físico o causal que alcanza el tegumento con repercusiones sistémicas leves o graves, dependiendo de la extensión del área quemada, de la profundidad, del agente causante y de la región alcanzada.¹

Como lesión de los tejidos corporales debido a un trauma de origen térmico (calor y frío), la quemadura causa desde pequeñas ampollas hasta daños graves, capaces de desencadenar respuestas sistémicas de acuerdo a su extensión e profundidad, además de desfigurar, incapacidad y muerte. Además, el proceso de cicatrización de las lesiones por quemadura es doloroso y los tratamientos varían de días hasta años, con posibilidad de innúmeras complicaciones y consecuencias físicas y psicosociales, lo que vuelve el proceso sumamente doloroso y desgastante a los pacientes, familiares y personas próximas.²⁻⁴

Para los profesionales de la salud que prestan asistencia directa a las personas con quemaduras hospitalizados, hay desgaste mental y emocional por acompañar el sufrimiento de esas personas, principalmente en el desarrollo del trabajo de la Enfermería en unidades críticas para quemados, donde los profesionales vivencian situaciones limítrofes de sufrimiento.⁵ Tal situación transcurre también debido al sufrimiento de los pacientes y a las limitaciones que el trabajador encuentra en proporcionarle alivio a los dolores físicos y emocionales.

Mismo sin acompañamiento psicológico como apoyo a la ejecución de su trabajo, al equipo multiprofesional e interdisciplinario del cual la Enfermería forma parte, compete prestar una asistencia de calidad que promueva rápida recuperación del paciente con el mínimo de secuelas para retornar a sus actividades cotidianas, rehabilitado funcional y estéticamente.^{1, 6, 7} Para el paciente con quemadura, bajo el punto de vista psicológico, hay etapas que precisan ser superadas como el miedo de morir, la amenaza de desfigurarse, el desconforto físico, la separación de familiares y amigos, el recelo de sufrir rechazo, las consecuencias sobre sus proyectos futuros y conflictos ligados a la dependencia de otras personas para la realización de las actividades de vida diaria (ADV). Todo eso sin contar el estrés físico como la acidosis, la pérdida de fluidos, las infecciones, los dolores, las alteraciones en el equilibrio endócrino entre otros.^{1, 8}

Dependiendo de la extensión y gravedad de la quemadura, las secuelas afectarán significativamente las chances del paciente disfrutar plenamente su potencial productivo, económico y social. Las cicatrices de la quemadura no marcan solamente la piel sino también la personalidad, la sexualidad, la autoimagen, el humor, las actividades laborales y otras. Interfieren negativamente en la ejecución de actividades rutinarias como arreglar el cabello, bañarse, preparar comidas y alimentarse, usar transporte público o privado y comunicarse, entre otras limitaciones que precisan ser consideradas en el proceso de rehabilitación.^{1, 9}

Entre otras importantes evidencias, estudio desarrollado³ sobre imagen corporal y satisfacción en el trabajo entre adultos en rehabilitación de quemaduras conjeturó que las modificaciones causadas en el cuerpo por la quemadura son evaluadas por la víctima de forma negativa, tornándose un obstáculo a la rehabilitación social y fuente de sufrimiento psíquico.

Hay varias clasificaciones de quemaduras de acuerdo con la extensión de la superficie del cuerpo quemado. Al observarse la profundidad del área lesionada, la quemadura puede ser denominada de 1º, 2º y 3º grado. La de 1º grado es dolorosa, no habiendo necesidad de internación y, normalmente, ocurre debido a larga exposición solar. La quemadura de 2º grado puede ser superficial o profunda, en general, con ampollas dolorosas. En la quemadura de 3º grado, la piel es muy lesionada y los daños profundos requieren tratamiento intensivo con intervenciones quirúrgicas, injertos de piel, control y orientación de la regeneración de la cicatrización que tiende a ocurrir de forma desordenada, con potencial de secuelas e infecciones.^{2, 4, 10}

Estudio presenta una clasificación que se basa en la profundidad de la piel afectada, determinando el pronóstico y tratamiento del paciente. Según sus autores, las lesiones antes referidas como de 1º grado son las superficiales que afectan apenas la epidermis; las de espesura parcial son conocidas como de 2º grado pudiendo ser superficiales o profundas; y las de espesura total corresponden a las de 3º grado que afectan toda la espesura de la piel. En las quemaduras superficiales hay presencia de hiperemias edematosas y dolorosas, curándose en de 5 a 7 días. Ya las quemaduras de espesura parcial son superficiales cuando lesionan la dermis y su camada superior, presentando ampollas, humedad y dolor acentuada. En este caso, la cicatrización ocurre de 14 a 21 días, quedando

un mínimo de tejido con cicatriz. Estas (espesura parcial) también pueden ser profundas al abarcar casi toda la espesura de la dermis, con coloración pálida y menos dolor, cuya cicatrización lleva de 3 a 6 semanas o más. En las quemaduras de espesura total, las lesiones se pueden extender al tejido subcutáneo, músculos y huesos, presentando aspecto esbranquecido y rígido y el tratamiento es aún más prolongado.²

En la práctica, ya en el primer día, hay gran dificultad en diferenciar la quemadura de 2º grado profundo e a de 3º grado, pudiendo ser una evaluación imprecisa o no determinada. Esto ocurre porque durante su evolución la presencia de infección o inestabilidad hemodinámica puede ser perjudicial a la lesión, haciéndola más profunda y, así, alterar su clasificación. Entonces, por ser difícil determinar el grado de la quemadura en una primera evaluación, es imprescindible que sea hecha una reevaluación después de 48 a 72 horas de la lesión.²

La destrucción de la piel representa la pérdida de la primera barrera ante la agresión de microorganismos externos y existencia de necrosis, lo que provoca un ambiente adecuado para el crecimiento microbiano y posterior invasión del organismo. Esto ocurre sobre todo, cuando la cicatrización se da por segunda intención, como en las lesiones cutáneas por quemaduras más extensas, lo que enlentece el proceso, aumenta el riesgo de infección y retracción de cicatrización, además de cicatrices extensas y alto costo de tratamiento.²

Los profesionales de Enfermería, tanto en el Brasil como en otros países, tienen papel primordial en la prevención, cuidado y recuperación de pacientes quemados. Entretanto, es extremadamente difícil y compleja la tarea de cuidar de estos pacientes, especialmente de víctimas con grandes quemaduras. Los primeros momentos de lucidez después del accidente, los dolores diarios que acompañan el tratamiento y el largo tiempo de internación son solamente algunos aspectos que demandan un cuidado especializado y humanizado de la Enfermería. En este sentido, sus acciones con el paciente deben ser para el control del dolor por la administración de sedantes y analgésicos, al confort físico y al soporte emocional, lo que exige del enfermero y equipo grandes conocimientos técnicos y científicos y pericia para lidiar con las respuestas emocionales del paciente y de sus familiares, con vistas a acelerar su rehabilitación.⁵

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) como un modelo asistencial de competencia del enfermero puede auxiliar en la oferta de un cuidado individualizado, humanizado, integral y continuo al paciente con quemadura y su familia. Entretanto, todavía muchas instituciones de salud en el país no lo utilizan, ni siquiera algunas de las pocas unidades hospitalarias y centros especializados en el tratamiento a las personas con quemaduras.^{8, 11, 12}

Estudio sobre la identificación de características específicas de víctimas de quemaduras posibilita a los profesionales de salud implicados en la asistencia a realizar la planificación de una asistencia de mejor calidad en consonancia con sus singularidades. Además de eso, el conocimiento de datos sociodemográficos y clínicos puede auxiliar los gestores del Centro de Tratamiento de Quemados (CTQ) en la mejoría de los servicios, lo que incluye atendimento a los pacientes y familiares durante la internación y pos-alta, educación en salud, entrenamiento de funcionarios y desarrollo de proyectos preventivos para la población.

OBJETIVO

- Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con quemaduras.

MÉTODO

Se trata de un estudio con abordaje cuantitativa, descriptiva y transversal acerca del perfil de los pacientes con quemaduras, atendidos en el CTQ de un hospital universitario (HU) situado en el estado de Paraná, y del perfil sociodemográfico y clínico. La recolección fue realizada por un período de tres meses, totalizando 434 prontuarios correspondientes a los pacientes admitidos de enero de 2012 a diciembre de 2013. El instrumento de recolección de datos fue elaborado en base a la literatura científica y en la experiencia clínica de los investigadores, contemplando datos de identificación, sociodemográficos y clínicos.

Los criterios de inclusión para la selección de muestra para este estudio fueron: prontuarios de pacientes de todas las fajas etarias internados en el CTQ en el período pre-determinado. Los datos fueron codificados y digitados doble en planillas del aplicativo Excel, los cuales fueron exportados y analizados en el programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS)[®], versión 19.0. Fue realizad análisis estadístico descriptivo de los resultados con presentación de los datos en frecuencias totales y porcentuales.

El proyecto fue sometido a la apreciación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Londrina-PR (CEP-UEL), según los preceptos de la Investigación Implicando Seres Humanos (CONEP-466/12), asegurados al anonimato, la confidencialidad a desistir en cualquier tiempo, sin prejuicio del atendimento a los participantes del estudio (Parecer nº 776.232).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes quemados atendidos en el hospital del estudio, en el período de 2012 y 2013. Londrina, 2014.

Caracterización de pacientes atendidos		Nº de pacientes			%
		2012	2013	Subtotal	Total
Sexo	Femenino	65	82	147	34
	Masculino	128	159	287	66
	Subtotal	193	241	434	100
Faja etaria (años)	Menos de 02	21	18	39	09
	De 02 a 09	38	36	74	17
	De 10 a 30	53	83	136	31
	De 31 a 50	59	70	129	30
	De 51 a 60 o +	22	34	56	13
	Subtotal	193	241	434	100
Etiología de la quemadura	Cirugía reparadora	19	43	62	14
	Abrasión / Infección Química / Radiación solar	02	05	7	2
	Contacto	18	14	32	7
	Electricidad	07	13	20	5
	Escaldadura	56	75	131	30
	Fuego	91	91	182	42
	Subtotal	193	241	434	100
Gravedad de la quemadura	0 grado	19	41	60	14
	1º grado	9	0	9	2
	2º grado	62	83	145	33
	3º grado	22	39	61	14
	2º e 3º grados	81	78	159	37
	Subtotal	193	241	434	100
Tiempo de internación (días)	De 0 a 1	28	30	58	13
	De 02 a 10	61	95	156	36
	De 11 a 30	82	91	173	40
	De 31 a 60 o +	22	25	47	11
	Subtotal	193	241	434	100
Extensión de la quemadura	0	17	41	58	13
	01 a 19 %	136	149	280	65
	20 a 39%	22	37	64	14
	40 a 59%	13	11	24	5
	Más de 60%	05	03	8	2
Subtotal		193	241	434	100

DISCUSIÓN

De enero de 2012 a diciembre de 2013, fueron atendidos 434 pacientes, siendo 193 (44,47%) casos en 2012 y 241 (55,53%) en 2013 de diferentes fajas etarias y tipos de quemaduras en diversas áreas del cuerpo.

En Brasil, en 2009, datos disponibles en el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM) alcanzaron 2.175 víctimas fatales y 80.607 víctimas no fatales de quemadura internadas en el sistema público de salud. En países más desarrollados, las tasas de mortalidad y morbilidad por quemaduras han sido menores en los últimos diez años gracias a una serie de intervenciones preventivas y avances en el tratamiento y cuidado de pacientes quemados.⁹ Sobre el aspecto epidemiológico¹³, rescatan que las lesiones por quemadura varían de una parte del mundo

RESULTADOS

Los datos presentados en el Cuadro 1 integran informaciones relevantes sobre la muestra investigada, pudiéndose observar características relativas a algunas variables sociodemográficas y clínicas.

para otra, a lo largo de un determinado tiempo, y guardan relación con prácticas culturales, crisis sociales y circunstancias individuales. Además de eso, responden por significativa morbilidad y elevada mortalidad en el mundo entero, a pesar de los avanzados tratamientos disponibles.

En 2012, sumaron 76 las ciudades de origen, siendo que 65 pacientes residían en la misma ciudad de atendimento (CTQ) y los demás (128) en otras ciudades del estado de Paraná. Así, la relación del número de atendimientos por ciudad indicó 52 ciudades con 1 atendimento, 11 ciudades con 2 atendimientos, 7 ciudades con 3 atendimientos y 6 ciudades con 4 a 65 atendimientos cada. Del total (193) de pacientes quemados atendidos en el CTQ en 2012, 23 (12%) fueron a óbito. Ya en 2013, totalizaron 87 las ciudades de procedencia, siendo que 87 pacientes residían en la misma

ciudad de atendimento del CTQ y los demás (154), en otras ciudades paranaenses. En relación al número de atendimento por ciudad, se obtuvo 50 ciudades con 1 atendimento, 25 ciudades con 2 atendimientos, 5 ciudades con 3 atendimientos y 7 ciudades con 4 a 87 atendimientos cada. De los 241 pacientes atendidos en el CTQ en 2013, 32 (13,3%) fueron a óbito.

En Brasil ocurren en torno de 1.000.000 accidentes/año, siendo que 100.000 personas quemadas procuran atendimento hospitalario y, de estos, cerca de 2.500 víctimas de quemadura fallecen directa o indirectamente debido a las lesiones. Además del alto índice de mortalidad por quemaduras, problemas sociales y financieros relacionados al trabajo por separación, jubilación y rehabilitación son apenas algunos de los trastornos decurrentes.^{1, 14}

Las internaciones de las víctimas de quemadura atendidas en el CTQ son realizadas por medio de una central de camas en todo el estado, en la fase aguda. Después del alta, los pacientes tienen retorno ambulatorio en una semana, con otros retornos marcados conforme al estado clínico, la extensión y la gravedad de la quemadura. Víctimas de quemaduras de 3º grado, por presentar graves secuelas, requieren uso de mallas de contención de queloides y secciones de fisioterapia en la región más próxima de su vivienda, con retornos ambulatorios marcados, principalmente para aquellos con secuela para corrección quirúrgica.

Para su recuperación física y rehabilitación psicosocial, en general, pacientes con quemadura precisan ser acompañados por equipos multiprofesionales, especialmente los que tuvieron lesiones más graves. Teniéndose en cuenta el área de cobertura del atendimento del CTQ en cuestión y las especificidades de su clientela, este cuenta con un seguimiento especializado y multidisciplinario compuesto por equipos multiprofesionales, ofrece 16 camas de internación (adultos e infantil, de acuerdo con su demanda) y 6 camas de CTI (adulto e infantil), siendo que en este estado existen tres CTQ.

En el mismo año de su inauguración (2007), fueron iniciadas sus actividades atendiendo personas con quemaduras de 1º, 2º e 3º grado. Además del atendimento ambulatorio a los pacientes internados, el CTQ ofrece atendimento especializado en guardias de 24 horas, con un Centro Quirúrgico propio, Pronto Atendimento y Ambulatorio. Conforme

con las Porterías 1723 y 3432 del Ministerio de Salud (MS), posee equipo multiprofesional con 7 cirujanos plásticos, 7 médicos de guardia de CTI y 1 diario; 1 médico diario de CTI y 1 diario plástico; 1 médico pediatra; 1 médico anestesista; 8 enfermeros; 40 técnicos de enfermería; 4 fisioterapeutas; 1 psicóloga, 1 nutricionista y 1 asistente social en conjunto con el HU.

Considerándose el total de atendimientos (434) en el período investigado, 193 pacientes en 2012 y 241 en 2013, se constató predominio de víctimas de quemadura del sexo masculino (287-66%).

Otros estudios brasileiros sobre el perfil epidemiológico y clínico de pacientes internados en unidades especializadas como CTQ corroboran este resultado al indicar que la mayoría de las víctimas de quemaduras es del sexo masculino.^{12, 13, 15-17} Investigación obtuvo el resultado de 74% de las quemaduras en personas del sexo masculino, con edades que varían de 18 a 76 años, en una media de 41,02 años, considerado el total de casos estudiados.¹⁴

Entretanto, personas del sexo femenino son, frecuentemente, víctimas de lesiones leves en ambiente domiciliario por estar más en contacto con actividades domésticas, aunque también integren las estadísticas de accidentes más graves y posibles de ser evitados.¹ Bajo el aspecto preventivo, el Brasil aún carece de la implementación de políticas públicas más eficientes y acciones de educación en salud más eficaces, ya que las quemaduras representan un trauma frecuente, con 57% del total de mortalidad en la faja etaria de 0 a 19 años, equivaliendo a 38% de los principales casos graves atendidos en el sistema de salud.^{2, 14}

En cuanto a la edad, dos fajas etarias predominaron: de 10 a 30 años (136-31%) y de 31 a 50 años (129-30%), siendo que el número de pacientes en la faja etaria de 21 a 60 años o más fue 110 (55,83%) en 2012 y 144 (59,75%) en 2013, correspondiendo a la mayoría (58,52%) de las víctimas atendidas en el CTQ de este estudio. Aunque el número total de niños con hasta 9 años (113-26%) hay sido menor en comparación a los adultos, la literatura científica mundial ha observado valores elevados de quemaduras en niños, especialmente en países en desarrollo. Uno de los estudios cita que 50% de los accidentes con quemaduras en niños menores de 7 años suceden en la casa, siendo 48,9% en la cocina. Ya, estudios epidemiológicos realizados en varios países de América Latina indican que los accidentes con niños en el ambiente

doméstico son causados por escaldadura, o sea, por líquidos súper calientes.¹⁸

La alta incidencia de accidentes por quemaduras en la fase adulta, encontrada en el presente estudio, se asemeja al resultado de investigación desarrollada en el CTQ de la Universidad Federal de São Paulo, con 33,6% de los pacientes en la faja etaria de 31 a 50 años y 31,7% con 19 a 30 años, siendo que la media de edad fue de 33,7 en pacientes de 11 meses a 90 años.¹³ En lo que respecta a los aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes quemados internados en un hospital de enseñanza en el Estado de Minas Gerais¹⁷, se obtuvo una media de edad de 26,1 años (n=138) en un período de cuatro años. Resultados semejantes fueron encontrados en otras investigaciones.^{4, 14}

Aunque el porcentaje de mujeres quemadas no haya sido frecuente, se observó un número mayor de víctimas en la faja etaria de 19 a 30 años.¹³ La explicación presentada por los autores fue que, en esa fase de la vida, las mujeres están aprendiendo a desarrollar una serie de tareas domésticas como cuidar de la casa, cocinar, planchar ropa y cuidar de los niños. A veces, realizan varias de estas tareas al mismo tiempo, con aumento de estrés, además de las dificultades de vivienda, del sustento familiar y el uso de drogas ilícitas.

En relación a etiología de la quemadura, predominó de 182 (42%) pacientes quemados con fuego, siendo como agentes causantes el alcohol o gasolina, siendo 91 (50%) registros en 2012 e igual número en 2013. Mientras tanto, la escaldadura fue la segunda etiología más incidente (131=30%) con agua y aceite hirviendo como principales agentes, habiendo ocurrido 56 (42,75%) casos en 2012 y 75 (57,25%) en 2013.

Las quemaduras térmicas son provocadas por fuentes de calor como el fuego, objetos calientes, vapores, líquidos hirviendo y excesiva exposición solar. Millares de personas mueren de quemaduras por fuego, sin contar las muertes decurrentes de otros tipos, por ejemplo quemaduras químicas provocadas por sustancias que entran en contacto con la piel o a través de las ropas por sustancias calientes como aceite y agua y por electricidad decurrente de descargas eléctricas. Además, 95% de esas muertes ocurrieron en países con baja y media renta, donde las quemaduras continúan siendo uno de las enfermedades más olvidadas entre varios tipos de causas externas.^{9, 14}

Basándose en datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en

2012, estudio corrobora esta cuestión al mencionar la estimativa de 195.000 muertes/año por quemadura en el mundo, con mayor ocurrencia en países de baja y media renta. Las autoras obtuvieron una frecuencia de 88% de casos por quemadura térmica y 12% por quemadura eléctrica, con predominio de accidentes domésticos por escaldadura, uso de alcohol para encender de parrillero o cocina a leña, explosión de ollas, garrafa de gas, fuegos artificiales e incendio en el domicilio.¹⁴

Otro estudio observó para 40,6% (41) pacientes (n=101) internados con quemaduras provocadas por líquido inflamable y 26 pacientes (25,7%) por líquido caliente, superando otros agentes. El alcohol fue el principal causante de accidentes habiendo representado 31,3% del total de los casos. Aisladamente, alcohol líquido y escaldadura predominaron en el sexo masculino.¹³ Según los autores, esta mayor incidencia de quemadura en hombres está relacionada a la exposición a actividades de riesgo para accidentes, además de involucrarse con actividades que exigen mayor esfuerzo físico y cargas de trabajo excesivas. El manejo de equipamientos mecánicos, sustancias químicas incluyendo los combustibles, el trabajo en redes de electricidad, accidentes automovilísticos, guerras y tráfico de drogas estarían por lo tanto entre los más importantes riesgos de graves accidentes.

Investigación con 148 pacientes quemados internados también señaló el alcohol líquido como el principal agente causante de quemaduras. Los autores afirman además, que quemaduras por alcohol en Brasil están en primer lugar, superando todos los otros países.⁴

Posiblemente, eso ocurra debido al uso indiscriminado de este producto inflamable por los brasileiros en sus domicilios, considerando su fácil adquisición y el desconocimiento de los riesgos de graves accidentes. En este sentido, orientaciones deben ser fornecidas a las poblaciones en general con el propósito de alertar los peligros y cuidados para ser tomados en cuenta, la combinación alcohol líquido y fuego.¹⁴

Fue mayor el número de pacientes con quemaduras más graves, o sea, de 2º y 3º grado (159=37%), siendo 81 (41,96%) pacientes del total atendido en 2012 y 78 (32,36%) pacientes de los atendimientos registrados en 2013; seguido de lesiones indicadas como solamente de 2º grado, con 62 (32,12%) en 2012 y 83 (34,43%) registros en 2013, lo que

totalizó 145 (33%) pacientes con este grado de lesión en el período investigado.

Investigación documental ya mencionada y cuyo objetivo fue identificar el perfil epidemiológico de pacientes adultos internados en un CTI de quemados observó 70% de los pacientes con quemaduras de 3º grado y 22% lesiones inhalatorias.¹⁴ En contrapartida un estudio epidemiológico realizado en el CTQ de un hospital de urgencia de Aracajú/SE, 15,25% de los pacientes internados (n=526) en el período de un año presentaron quemaduras de 3º grado, 83,86% de 2º grado y 0,9% de 1º grado.¹⁹ Otro estudio obtuvo el resultado de 61,4% de pacientes considerados pequeños quemados con superficie corporal quemada (SCQ) de 11,3% (1 a 77,5%; n=101) y lesión inhalatoria en 11 casos (10,9%). Fueron observados 6 óbitos en el período de 12 meses, con una media de tasa de mortalidad de 5,94%.¹³

Respecto al tiempo de internación, en el presente estudio, predominó el período de 11 a 30 días, donde ocurrieron 82 (42,48%) internaciones en 2012 y 91 (37,75%) en 2013, sumando 173 (40%) pacientes hospitalizados en ese período, seguido por el período de 2 a 10 días, con 61 (31,60%) pacientes internados en 2012 y 95 (39,41%) internados en 2013, totalizando 156 (36%) casos en los dos años investigados.

Aunque la mayoría de los países en desarrollo no tenga condiciones de arcar con adecuados recursos humanos y tecnológicos para el tratamiento de quemados, cuando están disponibles, hay tendencia a disminuir el tiempo de internación y la tasa de mortalidad de los pacientes.¹³

La quemadura es un serio problema de Salud Pública al imputar secuelas físicas y psicológicas en las víctimas y generar altos costos financieros a los gobiernos. En cuanto al tiempo de internación, hubo variación entre 2 y 97 días, con media de 24 días, siendo que, del total de casos analizados (n=50), 74% recibieron alta, predominando sobre el número de óbitos en el período estudiado.¹⁴

Además de los 101 pacientes quemados e internados en un CTQ en la ciudad de São Paulo, en el período de un año, la media de internación mensual fue de 8,3 días¹³ y, en otro estudio con 138 pacientes atendidos en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro/MG, se obtuvo un tiempo medio de internación de 16,2 días, en el período de cuatro años.¹⁷

Este valor es muy inferior al encontrado en estudio⁴ cuyo tiempo medio de internación

fue de 27 días, con variación entre 1 y 176 días. En cuanto a la extensión de las quemaduras, 136 (70,46%) pacientes en 2012 y 149 (61,82%) pacientes en 2013 tuvieron de 01 a 19% de la superficie corporal lesionada, totalizando 280 (65%) casos en el período investigado. Este mayor porcentaje fue seguido por la ocurrencia de 64 (14%) pacientes con 20 a 39% de área corporal quemada, correspondiendo a 22 (11,39%) en 2012 y 37 (15,35%) en 2013, valores sugestivos de gravedad de las lesiones debido a la extensión de las áreas afectadas.

Hubo predominio de pacientes adultos en las estratificaciones de quemaduras superiores a 10% de la superficie corporal (QSC), mientras que los niños representaron el mayor número de víctimas con quemaduras inferiores a 10%.⁴ En cuanto a la extensión de la quemadura, un estudio¹³ observó predominio de la pequeña quemadura en 62 casos (61,4%), siendo 27 (26,7%) y 12 (11,9%) clasificados, respectivamente, como media y gran quemadura. A su vez, fueron obtenidos resultados indicativos de predominio de quemaduras de 2º grado (n=526), con mayor número de accidentes por escaldadura y predominio de medio porte.¹⁹ También, en otro estudio fue encontrado además de una superficie corporal quemada media de 20,8%, un mayor número de quemaduras de 2º grado en 122 (88,4%) pacientes (n=138).¹⁷

Calcular la superficie corporal quemada auxilia en el pronóstico y ayuda a establecer la conducta terapéutica durante el tratamiento. En ese sentido, el esquema de Lund y Browder es muy utilizado al tener en consideración las proporciones del cuerpo conforme a la edad, estimando así la extensión del área quemada.¹

En muchos prontuarios de pacientes quemados con lesiones de diferentes grados, hay registro solamente de las más profundas, lo que dificulta la obtención de informaciones precisas e importantes. El registro correcto y completo de todos los datos en prontuario se vuelve entonces, imprescindible por tratarse de una fuente de información clínica y administrativa que ayuda en la toma de decisión y en el coparticipación entre los profesionales que asisten directa o indirectamente pacientes quemados. También, el atendimento tardío, debido a la distancia y a la demora en el traslado hasta la unidad especializada, puede ocasionar serias consecuencias y complicaciones que podrían llevar el paciente al óbito.¹⁴

CONCLUSIÓN

Del total de 434 (100%) internaciones por quemaduras en ese servicio especializado, hubo predominio de pacientes del sexo masculino (287-66%), entre 10 y 30 años (136-31%), con quemaduras por alcohol o gasolina (182-42%), quemaduras de 2º y 3º grado (159-37%) tiempo de internación entre 11 y 30 días (173-40%) y extensión de la superficie corporal de 01 a 19% (280-65%).

Ese perfil sociodemográfico y clínico indica que estos pacientes tendrán necesidad de un cuidador en el domicilio para realizar cuidados específicos por un largo tiempo, considerándose el sexo, la edad, la extensión y la gravedad de la quemadura, lo que demanda la planificación de intervenciones educativas con inserción de la familia.

En la planificación de la asistencia de enfermería especializada y multiprofesional es imprescindible buscar minimizar los daños como la reducción de la capacidad funcional y secuelas físicas y estéticas decurrentes de quemaduras dado que podrán transformarse en traumas psicológicos, autoimagen corporal negativa e incapacidad para el trabajo, que comprometen la calidad de vida de esas personas.

El enfermero tanto puede intervenir en la planificación de los cuidados directos al quemado a través, por ejemplo, de la construcción de protocolos y ejecución de procedimientos asépticos recomendados, como también puede implementar acciones educativas direccionadas a pacientes, familiares y profesionales que integran su equipo de trabajo.

REFERÊNCIAS

1. Bessa JKM, Oliveira da Silva TCO, Marques Rosa S. Mulheres vítimas de queimaduras: um olhar sobre as atividades de vida diária. Cad Ter Ocup UFSCar. 2011 May/Aug;19(2):153-64.
2. Andrade AG, Lima CF, Albuquerque AKB. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. Rev bras queimaduras [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 20];9(1):21-30. Available from: <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/marco-2010/05efeitosdolaser.pdf>.
3. Costa MCS, Rossi LA, Dantas RAS, Trigueiros LF. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. Cogitare enferm [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2013 Oct 20];15(2):209-16. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17849/11644...>

4. Lima LS, Araujo MAR, Cavendish TA, Assis EM, Aguiar G. Perfil epidemiológico e antropométrico de pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimados em Brasília, Distrito Federal. Comun Ciênc Saúde [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 20];21(4):301-8. Available from: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/perfil_epidemiologico_antropometrico.pdf.

5. Duarte MLC, Lemos L, Zanini LNN, Wagnes ZI. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. Rev gaúch enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 20];33(1):77-84. Available from:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21343>.

6. Coelho JAB, Araujo STC. Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. Acta paul enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 20];23(1):60-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100010&script=sci_arttext.

7. Takejima M, Netto FB, Toebe BL, Andretta MA, Prestes MA, Takaki JL. Prevenção de queimaduras: avaliação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras em usuários das unidades de saúde de Curitiba. Rev bras queimaduras [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];10(3):85-8. Available from: <http://www.grupouninter.com.br/revistasaud/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/download/100/103>.

8. Teixeira CC, Almeida WA. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente queimado. Universitári@ - Revista Científica do Unisalesiano [Internet]. 2012 Jan/June [cited 2013 Oct 20];3(6):49-58. Available from: <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no6/artigo2.pdf>.

9. Gawryszewski VP, Bernal RTI, Silva NN, Moraes Neto OL, Silva MMA, Mascarenhas MDM, et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2009 Apr [cited 2013 Oct 20];28(4):629-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/03.pdf>.

10. Pereira CME, Dutra CF, Lonien HCS. O paciente queimado e a cicatrização: uma revisão literária. Instituto de Ensino Superior de Londrina - INESUL. 2010;5:10-27.

11. Souza TJA. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. Rev bras cir plást [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];26(1):10-5. Available from: <http://www.rbcp.org.br/imageBank/PDF/v26n1a04.pdf>.

12. Lima OBA, Arruda AJCG, Carvalho GDA, Melo VC, Silva AF. A enfermagem e o cuidado à vítima de queimaduras: revisão integrativa.

J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 20];7(7):4944-50. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/m/index.php/revista/article/viewArticle/4178..>

13. Lacerda LA, Carneiro AC, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. Rev bras queimaduras [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 20];9(3):82-8. Available from: http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=40.

14. Camuci MB, Marins JT, Cardeli AAM, Robazzi MLCC. Caracterização epidemiológica de pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva de queimados. Cogitare enferm [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2013 Oct 20];19(1):78-83. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/35961/22170>.

15. Souza AA, Mattar CA, Almeida PCC, Faiwichow L, Fernandes FS, Neto ECA, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Rev bras queimaduras [Internet]. 2009 [cited 2013 Oct 20];8(3):87-90. Available from: http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/d_ezembro-2009/06-perfil-epidemiologico-dos-pacientes-internados.pdf.

16. Leão CEG, Andrade ES, Fabrini DS, Oliveira RA, Machado GLB, Gontijo LC. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. Rev bras cir plást [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];26(4):573-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v26n4/a06.pdf>.

17. Montes FS, Barbosa MH, Souza Neto ALS. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];45(2):369-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a09>.

18. Brasil EGM, Brito MEM, Pinheiro PNC. Caracterização de famílias de crianças internadas em um Centro de Tratamento de Queimados. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Dec [cited 2013 Oct 20];6(12):2867-73. Available from: http://www.researchgate.net/profile/Maria_Lima24/publication/47446963_Characterization_of_children_victims_of_accidents_and_violence_admitted_to_pediatric_intensive_care_units/links.

19. Reis IF, Moreira CA, Costa ACSM. Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe. Rev bras queimaduras [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct

20];10(4):114-8. Available from: http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=80.

Submissão: 05/08/2014

Aceito: 30/10/2014

Publicado: 01/02/2015

Correspondência

Annecy Tojeiro Giordani
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) - Campus Luiz Meneghel / Setor de Enfermagem (Bloco 5)
Rodovia BR-369, Km 54 - Bairro Vila Maria
CEP 86360-000 – Bandeirantes (PR), Brasil