



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**ACTITUD DE LA ENFERMERA RESPECTO AL
DOLOR DE PACIENTES QUEMADOS HOSPITAL
DOCENTE LAS MERCEDES-2018**

**PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Villalobos Carhuatanta Fiorella

Asesora:

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen

**Línea de Investigación
Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana**

**Pimentel - Perú
2020**

ACTITUD DE LA ENFERMERA RESPECTO AL DOLOR DE PACIENTES QUEMADOS HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES-2018

Presentada por la Bach. Villalobos Carhuatanta Fiorella para optar el título de
Licenciada en Enfermería de la Universidad Señor de Sipán.

Aprobado por los miembros del Jurado de Tesis:

Mg: Flor Bravo Balarezo
Presidenta

Mg: Lila Obdulia Coronel del
Castillo
Secretaria

Dra. Norma del Carmen Díaz Gálvez
Vocal/ Asesora de tesis

DEDICATORIA

A mi padre Segundo, a mis hermanos Juan y Willy, quienes no sólo me brindaron su apoyo en mi carrera, sino también su amor y filosofía para conseguir mis ideales, apoyándome siempre en todo lo que me propuse.

A Dios y a la Virgen María, por acompañarme en cada momento de mi vida, ser mi fortaleza y guía. A mi Madre Doris Carhuatanta Ávalo que hoy me cuida desde el cielo, pero que acompañó gran parte de mis éxitos, impartíendome valores y conocimientos.

Fiorella

AGRADECIMIENTO

A la docente del Curso de Desarrollo de Tesis Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz, por haberme dado la oportunidad de conocerla, de realizar este interesante trabajo de investigación, apoyándome en cada asesoría, por ser guía durante esta investigación, brindándome su tiempo, críticas y sugerencias en este estudio.

Fiorella

Índice

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| Resumen | vi |
| Abstract | vii |
| I. INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 8 |
| 1.2. Antecedentes | 10 |
| 1.3. Abordaje teórico | 14 |
| 1.4. Formulación del Problema | 19 |
| 1.5. Justificación e Importancia | 19 |
| 1.6. Objetivos | 20 |
| II. MATERIAL Y MÉTODOS | 21 |
| 2.1 Fundamento y diseño de la investigación seleccionado | 21 |
| 2.2. Tipos de muestra inicial seleccionada: | 25 |
| Objeto en estudio | 27 |
| 2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | 27 |
| 2.5. Procedimiento de análisis de datos | 29 |
| 2.6. Criterios éticos | 30 |
| III. REPORTE DE RESULTADOS | 32 |
| 3.1. Análisis y recolección de datos | 32 |
| 3.2. Consideraciones finales | 49 |
| 3.2.1. Conclusiones | 49 |
| 3.2.2. Recomendaciones | 50 |
| REFERENCIAS | 52 |
| ANEXO | 56 |
| Anexo 1: Consentimiento informado para participantes de investigación | 56 |
| Anexo 2: Entrevista dirigida a enfermeras | 57 |
| Anexo 03: Entrevista dirigida a los familiares | 58 |
| Anexo 04: Entrevista a Familiares | 59 |
| Anexo 05: Entrevista a enfermeras | 61 |

Resumen

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo: Caracterizar la actitud de la enfermera respecto al dolor de pacientes quemados en el Hospital Docente Las Mercedes - 2018. Fue de tipo cualitativo, fue abordada mediante el Estudio de Caso. Se tomó en cuenta como criterios de inclusión a las enfermeras que deseen participar libremente de la investigación, las enfermeras que laboran en el servicio de especialidad de quemados, las enfermeras con mayor de 06 meses de experiencia laboral en el servicio de quemados, familiares que voluntariamente aceptaran ser parte de la investigación. La recolección de datos se realizó mediante la de dos guías de entrevista: Una a la enfermera y la otra al familiar. Respecto a la primera esta consistió en 5 preguntas abiertas y por ende facilitó obtener datos precisos respecto a la participación de los familiares en el cuidado al paciente con quemaduras, validada por 3 jueces de expertos, los resultados obtenidos mostraron que el personal enfermero manifiesta que son los pacientes los que informan sobre el dolor que sienten, sin embargo adicionalmente a eso observan otros signos adicionales atribuidos al dolor como fascies quejumbrosas, movimientos y se requiere dos tipos de tratamientos; el farmacológico y no farmacológico. Se concluyó que la actitud de la enfermera ante el dolor que experimentan tanto niños como adulto, es desfavorable ya sea en la atención al paciente, al llamado de los familiares, etc. en su proceso de recuperación y en la calidad de la atención que se le brinda

Palabras clave: Actitud, dolor, pacientes quemados, quemaduras, servicio de quemados

Abstract

The objective of this research study was to: Characterize the attitude of the nurse regarding the pain of burned patients in the Teaching Hospital Las Mercedes - 2018. It was a qualitative type, it was approached through the Case Study. Nurses who work in the burns specialty service, nurses with more than 06 months of work experience in the burn service, family members who voluntarily participated were considered as inclusion criteria for nurses who wish to participate freely in the research. They will accept being part of the investigation. Data collection was done through two interview guides: One to the nurse and the other to the family member. Regarding the first, this consisted of 5 open questions and therefore it was easy to obtain accurate data regarding the participation of the family members in the care of the patient with burns, validated by 3 expert judges, the results obtained showed that the nursing staff states that they are patients who report on the pain they feel, however additionally to that they observe other additional signs attributed to pain such as plaintive fascies, movements and two types of treatments are required; the pharmacological and not pharmacological. It was concluded that the attitude of the nurse to the pain experienced by both children and adults, is unfavorable either in patient care, the call of relatives, etc. in the process of recovery and in the quality of the care provided

Key words: Attitude, pain, burned patients, burns, burn service

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En Cuba, en el 2012; según ACOSTA L y FREIRE F., refiere que la enfermería es una profesión que requiere mostrar cualidades especiales; como aliviar las necesidades de los pacientes; como también; organizar los servicios que brinda el sector salud y tener un favorecedor entorno del cuidador de los pacientes; esta profesión es una constante capacitación y tener una amplia capacidad científica; técnica y humana para enseñar y brindar ayuda para suplir al cuidado de cada persona (1).

Cabe resaltar los enfermeros brindan atención a los pacientes con quemaduras debe brindar una atención especializada acorde a las necesidades del paciente, así como debe tener en cuenta los componentes de tipo social, psicológico, fisiológico de la respuesta de la persona y los ajustes en el dolor de su lesión. Es por ello la importancia de la actitud del profesional de enfermería al momento de cuidar este tipo de pacientes pues se necesita no solo competencias técnicas sino también un trato más humano y respetuoso. Así como por ejemplo el dolor; que es una experiencia subjetiva; pocas veces valorada por el personal de salud pero que, sin embargo; la enfermera al cuidar a las personas con este tipo de problemas en su salud debe ser abordada a profundidad a fin de conocerlos pensamientos; sentimientos; expresiones; acciones que involucra la percepción respecto al dolor.

Asimismo, los familiares del paciente nos indican que se sienten agobiados por el problema de su paciente; ya que tienen miedo que su recuperación demore o que fallezca; asimismo los agobia el padecimiento de un dolor físico y psicológico por efectos ocasionados por un accidentes y las marca generadas en el cuerpo de la persona; por lo cual se debe ser sensible con la familia y ponernos en sus zapatos por el momento de dolor que están pasando.

Ante lo observado y escuchado a la familia de la persona que ha sufrido quemaduras, se decidió realizar la investigación sobre la actitud de la enfermera respecto al dolor de los pacientes quemados del hospital Docente Las Mercedes, debido a que muchas veces por desconocimiento, falta de tiempo, motivación, dificultad para identificar al dolor, o personal no empático, entre otros motivos; estos factores muchas veces hacen sufrir innecesariamente al paciente y a la vez retrasa su pronta recuperación.

Mientras que en el año 2017; la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que las quemaduras tienen un índice de mortandad que alcanza 180 000 fallecimientos anualmente. De estas defunciones, la India tiene un alto índice de mortandad a nivel mundial alcanzando alrededor de un millón de individuos que han sufrido quemaduras graves o moderadas, asimismo Bangladesh tiene un índice alto con respecto a niños quemados ya sea grave o moderado alcanzando 173 000 por año de afectados. Por otro lado el 17% de críos que han sufrido quemaduras han generado discapacidad temporal y discapacidad de forma permanente a un 18% de niños. Las quemaduras en Nepal son el segundo generador de lesiones provocando discapacidades en un 5%. Para finalizar en Estados Unidos hubieron 410 000 heridos por quemaduras, por la cual 40 000 se tuvieron que hospitalizar (2).

En Puerto Rico, en el año 2015; según PÉREZ O.; en el nosocomio de HIMA, un afectado por quemadura explica que no piensa en el dolor. Debido a que el dolor se manifiesta solo. Además siente pocas molestias, le brindan medicina y le suele pasar. El médico le indica los dolores que le va a generar este estado, como se manifiesta, que debe realizar. Me motivas y me apoyan para entender todo este proceso de recuperación. Además, el médico indica que en muchas oportunidades la ansiedad es el generador del dolor, debido a estar pendiente a lo que ocurrirá. Motivo por el cual se utiliza pomadas que reduce la necesidad de utilizar vendas a diario. Finalmente, se han implementado juegos electrónicos para reducir el dolor y se usan técnicas para que el paciente se relaje y placebos (3).

Mientras que, para el crónico dolor, se ha creado grupos que brindan apoyo, que asiste mucho a las personas, porque en este grupo dialoga con otra víctima de quemaduras que ha vivido este dolor, y que te indica que ha mejorado. Asimismo, el paciente indica: “He sufrido por la quemaduras mucho dolor, pero me han brindado medicina. Y personal asistencial me han ayudado en lo necesario. Además mis amistades, mi familia y otras personas de mi entorno me han brindado apoyo. Esto afirma que el apoyo emocional es importante para luchar el dolor que genera una quemadura, generándole muchas veces a los afectados un estrés postraumático (3).

Al mismo tiempo, en Chile en el año 2015; LARREA B, ÁVILA M y RADDATZ C.; explican que el ser humano sufre con las quemaduras y que es índice máximo índice de agresión, llegando a ser el trauma más doloroso y grave. Se calcula que en Chile se

alcanzaron cerca de 9000 individuos hospitalizados por quemaduras al año. El manejo adecuado del dolor es importante para impedir que el dolor patológico aparezca conllevando a que el paciente manifieste crónico dolor y junto a ello su calidad de vida se deteriore (4).

Para concluir; en Chiclayo, la investigadora se percató de la labor de las enfermeras que brindan atención en el Hospital Docente las Mercedes cumplen un papel importante en los cuidados que brindan a las persona que sufren una lesión por quemaduras y que esto conlleva a que experimenten dolor donde se busca control y alivio; y así prevenir complicaciones que se puedan presentar.

No obstante a pesar de que existe medicina que controla el dolor, siendo una complicación que no se maneja de manera adecuada, siendo el origen el deficiente aprendizaje en dolor y la manera de calmarlo conllevando en comportamientos equívocos de los enfermeros para dar sosiego al paciente, situación que se ha observado en el Servicio de Quemados en el Hospital Docente las Mercedes; donde se observan pacientes quejándose por el dolor, solos; esto se da antes, durante y después de las curaciones realizadas por la enfermera.

La investigadora diálogo con familiares de los paciente quemados; donde se obtuvo sus testimonios: “algunas enfermeras vienen a ver a mi enfermo a cada rato, otras le hablan, otras solo lo miran y se retiran”, “muchas veces se demoran cuando mi paciente se queja o grita de dolor”, “ otras se molestan, no transmiten confianza, me dice que ya les va a pasar el dolor ya que les dieron sus medicamentos y no pueden hacer más, pero yo aún lo veo llorando o quejándose”, “otras son indiferentes solo trabajan por trabajar” entre otras palabras que surgen.

1.2. Antecedentes

En la búsqueda de investigaciones realizadas en los diferentes contextos internacional; nacional y local; se ha podido encontrar los siguientes hallazgos del tema a investigar:

1.2.1. Internacional

ENRÍQUEZ N. (España – 2016); en la investigación cuyo propósito fue instituir un plan de cuidados usando las taxonomías nanda, nic y noc. La metodología del estudio fue de tipo descriptiva, de corte transversal y no experimental. Como evidencias

logradas se desarrolló un modelo llamado AREA, se determinó como principal diagnosis “agudo dolor” y “deficientes conocimientos”. Se elaboró una propuesta de cuidados de forma individualizada y luego se realizó un seguimiento de la persona afectada durante el tiempo que está internado para apreciar su evolución. Por lo tanto se concluyó que la mejoría del individuo afectado sustenta que la propuesta de cuidados es eficaz (5).

En esta investigación se determina que todo personal de enfermería debe tener un plan de cuidados para enfrentar conjuntamente con el paciente quemado el dolor, ya que favorecen el progreso del tratamiento, asimismo la preocupación, el afecto, la empatía, entre otros será de gran importancia para el paciente.

LLORENTE L. (España – 2015); en su tesis tuvo propósito principal evaluar al enfermero y sus conocimientos, valoración y adecuado manejo del dolor en los niños. La metodología del estudio es observacional descriptivo. Los antecedentes indican que debido a los avances en el saber de la fisiología del dolor y la medicina que existe disponible, esto no es aplicado de forma efectiva en la práctica y el tratamiento en ocasiones es el inadecuado en pacientes con quemadura. Además influye de forma negativa en el adulto y el dolor a afrontar. Como evidencia se obtuvo que el personal enfermero carece de conocimiento adecuado para valorar el dolor asimismo la carencia de instrumentos validados para medir el nivel de intensidad, sino si son adecuadas las medidas para reducir o eliminar el dolor (6).

Esta investigación dio un aporte de suma importancia ya que se evaluó los conocimientos del enfermero con respecto al manejo de dolor y plantea validarlo según la intensidad presentada y así poder reducirlo o eliminarlo totalmente. Asimismo, nos explica que el niño queda con traumas y que en un futuro siendo ya adulto no podrá enfrentar el dolor.

GÓMEZ D, MALDONADO V, REYES B Y MUCIÑO A. (México – 2014); en la investigación tuvo como finalidad analizar el desempeño humanístico del personal enfermero al momento de intervenir en el dolor nociceptivo somático de los niños. El estudio es descriptivo. Las evidencias determinaron que el personal enfermero es la persona que cuenta con conocimientos para actuar de manera afectiva en contextos de tristeza, angustia y protegiendo de forma solidaria al infante que sufre quemaduras,

además de las terapias que reducen el dolor sin la intervención de la farmacología. Se concluye que la participación del personal enfermero es humanísticamente alta y el dolor debe ser aliviado por personal de salud con extensa sensibilidad para aplicar un cuidado humanamente alto (7)

Esta investigación da a entender que la enfermera es la persona que debe de actuar de manera afectiva en las diferentes situaciones que presenta el quemado tanto en infantes como en adultos; asimismo se recalca que no solo los tratamientos cooperan en superar el dolor sino también las terapias no farmacológicas.

Mientras tanto; **AGUILAR C, MURO N, PADILLA L y et all (Cuba, 2012)**; en su tesis tuvo como propósito establecer la actitud del enfermero frente al dolor en los infantes. El estudio es observacional descriptivo, se desarrolló un instrumento para determinar la actitud del enfermero frente al dolor del niño. Se evidenció que el 71.1% de los involucrados en el estudio tiene un nivel desfavorable de actitud, lo que tiene relación de manera significativa con el aprendizaje del personal. Por lo tanto se concluye que a medida se incrementa las diversas capacitaciones al personal enfermero entonces se incrementa la actitud frente al dolor del infante se hace favorable (8).

Esta investigación nos demuestra que el personal tiene que estar capacitado para afrontar el dolor ante esto influye la formación continua donde enseña que según actitud ante el dolor hace que el paciente se sienta mejor.

1.2.2. Nacional

Asimismo; **CRUZ A, GRADOS G y TRESIERRA H. (Trujillo, Perú - 2016)** en su tesis tuvo como fin determinar la actitud del enfermero ante el cuidado del paciente crítico. Además el estudio fue descriptivo y cuantitativo. Las evidencias sustentaron que el 95% del personal enfermero mostró una favorable actitud ante los cuidados de la persona atendida y con respecto a los componentes de la actitud, el cognitivo es favorable en un 85%, el 95% con respecto al conductual y el 35% en relación con el afectivo. Por lo tanto se concluye que la actitud del enfermero es favorable ante el cuidado de la persona en situación crítica (9).

Se tiene a **MEGO B. (Sullana, Perú- 2014)**; en su investigación tuvo como finalidad analizar el nivel de conocimiento del personal enfermero ante el dolor del recién nacido.

El estudio es descriptivo y transversal. Se evidenció que el 71% tienen conocimiento del dolor que se le presenta al neonato y el 43% de los encuestados tienen conocimiento del dolor en el recién nacido a nivel de personal enfermero en Sullana en el Hospital General. Por lo tanto se concluye que el mayor índice del personal enfermero tienen conocimiento de los neurotransmisores que impiden la detección del dolor en los recién nacidos, el dolor relacionado a los cambios fisiológicos, y la medida para reducir el dolor en la punción a realizar; y un alto porcentaje que no tiene conocimiento de la utilización de paracetamol para manejar el dolor (10).

1.2.3. Local

Según **BURGA L y PAREDES R. (Chiclayo, Perú - 2014)**; en su tesis el objetivo planteado fue describir y analizar la actitud del enfermero ante el dolor del neonato. La metodología fue cuantitativa y observacional descriptivo. Como resultado explican que cuando el recién nacido presenta un leve dolor su desenvolvimiento principal es asumir el papel de la madre manifestándole estimulación sensorial a través de caricias gentiles y suaves porque promoverán el flujo sanguíneo por todo su cuerpo y lo hará sentir que se encuentra en el útero de su madre, y así su dolor mejorará de manera progresiva y conciliará el sueño de forma placentera. En conclusión dicho servicio para las enfermeras es muy limitado por el factor humano, tiempo, alta demanda de recién nacidos entre otros. (11).

Según **ESPINO R y TORRES A. (Chiclayo, Perú – 2014)**; en su tesis cuyo objetivo fue establecer las actitudes del personal enfermero ante el dolor que experimentan los niños hospitalizados. El estudio fue cuantitativo. Los resultados fueron que el 2,7% de los encuestados que tienen de 41 a 50 años mostraron una actitud favorable, 2,7% de los profesionales entre 20 a 30 años, mostraron una actitud indecisa, así como el 5,4% de profesionales que tienen de 31 a 40 años un 8,1% que tienen de 41 a 50 años y el 8,1% que tienen de 51 a 60 años. Por lo tanto se concluyó que la actitud de los profesionales de enfermería se determina según el tiempo de servicio y según la cantidad de años de capacitación frente al dolor que experimentan los niños hospitalizados la cual fue medianamente favorable a indecisa (12).

1.3.Abordaje teórico

El estudio se basó en los modelos teóricos de El Cuidado Humano de Jean Watson que explica que la persona es una entidad holística que toma en cuenta dimensiones como psicológica, física y otras que hallándose en avenencia logra alcanzar su bienestar y recuperación.

Según Marriner A. cita a Jean Watson donde explica que el cuidado enfermero basado con orientaciones filosóficas (fenomenológico – existencial) y con sustento espiritual. Motivo por el cual es ético y moral de la enfermería, en otros términos el cuidado humano de determina por la correlación terapéutica fundamental entre las personas, por la cual es transpersonal, relacional e intersubjetivo. Según Watson J. el cuidado de la persona se basa en la atención enmarcada por el compromiso ético del enfermero que es la de realzar y proteger la dignidad del ser humano (13).

La teoría del cuidado humano de Watson J., se direcciona en brindar un auténtico cuidado hacia el paciente. Basándose en el cuidado del cuerpo, mente y espíritu, para que se logre el nivel óptimo del proceso de curación. Asimismo, Watson en su teoría se debe aplicar fe, esperanza, cuidado, confianza y espiritualidad, brinda apoyo al ejercicio y ciencia de la profesión del enfermero, además que puede dividir la definición de cuidado humano (13).

Vargas Y.F. refirió que, la actitud es la tendencia ya constituida en recibir, sentir y comportarse de manera cognoscitiva frente a una persona, objeto o fenómeno (14).

Calabria E. explica de la actitud como la habilidad mental y nerviosa, organizado a través de la práctica y que aplica influencia orientada y dinámica acerca de las contestaciones que una persona brinda a los fenómenos, situaciones u objetos (15).

Según Medina A. explica que las quemaduras son lesiones tisulares que son generadas por diversas agresiones ya sea energía eléctrica, térmica, radiación o sustancias químicas. La extensión de la quemadura depende de la profundidad o presencia de otros factores o lesiones, todo ello depende de la edad y otros. En general se afirma que la lesión es grave debido a que depende del grado de temperatura a que el cuerpo se expone y la cantidad de tiempo entre otros (16)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) explica que la quemadura es cuando se genera una lesión a la barrera dérmica donde existe la pérdida de la piel parcial o total y como consecuencia forma ampollas, eritemas, escaras entre otros generándose trastornos hemodinámicos conllevando a la hipovolemia (17)

Asimismo, las quemaduras se clasifican en grado de profundidad y su etiología; por la cual se realiza una valoración adecuada de la quemadura por la cual se debe clasificar de manera correcta y de esta manera, ya que esto sirva para determinar el orden de importancia para atender a tiempo las lesiones. Además la gravedad de la persona que ha sufrido quemaduras se caracteriza por la extensión que significa por la cantidad de superficie dérmica quemada, estructura y zonas del cuerpo humano afectadas, estado de salud, edad antes de la quemadura (16).

Asimismo, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) explica que el dolor es una experiencia sensorial y emocional no agradable coligada a una herida tisular potencial o real, por la cual se manifiesta por conductas audibles o visibles (17).

Según su etiología, son muchos factores que generan quemaduras. El calor por fuego expuesto, por líquidos muy calientes que es el factor más común (exposición a temperatura que oscila entre 15° o 45° o superiores). En la actualidad las personas se exponen a quemaduras generadas por los rayos solares, por luz infrarroja o ultravioleta, esto producido por excesiva exposición. Asimismo otras sustancias que generan quemaduras son las sustancias ácidas o caústicas, lo cual produce problemas graves que suele generar deficientes síntomas o signos durante los primeros días generando necrosis, comprometiendo la vida de la persona cuando se identifica la patología. No podemos obviar la electricidad como generador de lesiones debido al calor expuesto por encima de los 5000 °C y provoca lesiones significativas con un daño débil a la piel supra yacente (17).

Motivo por el cual la presente investigación se enfocó en identificar al paciente que tiene quemaduras, en qué tipo de quemadura se haya, el dolor que presenta, las manifestaciones que muestra como quejido, llanto por la cual de esta manera determinar de qué forma calmarlo.

Al explicar el dolor también se debe identificar como se clasifica, como dolor crónico que el tiempo de duración es mayor a tres meses, dolor agudo que tiene poco tiempo de duración, un máximo de quince días

Por otro lado tenemos según su etiología; el dolor nociceptivo la cual es generado por estímulos de los nociceptores que provoca un doloroso mensaje mediante las vías ascendentes directo a los centros supra espinales y es percibido dolorosamente. Además tenemos el dolor somático conocido por su localización que es generado al activarse los nociceptores de los huesos, piel y partes blandas. Es un agudo dolor, bien ubicado, que muchas veces es solucionado por la administración de analgésicos (18).

Además el dolor tiene como valorización la escala EVA (Escala visual analógica) El tratamiento analgésico del dolor del quemado dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con $EVA \geq 7$ se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. Estas escalas de valoración del dolor son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes (17).

La EVA Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros (17).

Asimismo, tenemos la escala facial de Wong y Baker fue diseñada para favorecer la comprensión del test a los niños, que no comprenden las palabras o el valor numérico. Hay una web que utiliza fotografías de caras de niños para que sean más reales (17).

Las formas para aliviar el dolor en pacientes quemados se clasifican de la siguiente manera:

Tratamiento farmacológico; el uso de fármacos es la principal y más efectiva forma de tratamiento del dolor en pacientes quemados, porque su propia naturaleza e intensidad así lo prescriben (19). Como ya fue mencionado, el inadecuado manejo analgésico todavía es muy frecuente y es extremadamente importante efectuar una nueva

evaluación continua de la efectividad de la terapia, como también la implementación de métodos más agresivos (20,21). Algunas alteraciones en la farmacocinética de los medicamentos se observan en pacientes quemados. Durante la fase inicial, en que se desarrolla una respuesta inflamatoria sistémica, se da la reducción del flujo sanguíneo en los órganos, con la consecuente disminución de la depuración de los fármacos. Después de esa fase se observa un aumento general del metabolismo, con el aumento posterior de la depuración. En las quemaduras con un área mayor que un 20% de la superficie corporal aparece la extrapolación capilar generalizada, con pérdida de proteínas al intersticio. Por ende, es difícil controlar el efecto de fármacos con una alta ligación proteica (22). Debemos también tener cautela con el aumento del agua corporal total, que se ve mucho durante el tratamiento.

Tratamiento no farmacológico; la terapia no farmacológica es una medida importante y complementaria para el tratamiento medicamentoso en el control del dolor y de la ansiedad en los pacientes quemados. Su inicio debe ser el más rápido posible, para prevenir el desarrollo de la ansiedad y el progreso del ciclo ansiedad y dolor (23). El trabajo debe ser multidisciplinario, con la participación de psicólogos, psicoterapeutas, fisioterapeutas y expertos en dolor. Las técnicas de psicología, como la relajación, la distracción y la terapia cognitivo-comportamental, son beneficiosas para el alivio de la ansiedad y del dolor durante la fase de rehabilitación ^{24,25}. La hipnosis es una alteración del estado de consciencia caracterizado por el aumento de la receptividad a una sugestión, habilidad de alterar percepciones y sensaciones R. J. A. Castro et al. y el aumento de la capacidad de disociación (26). Se ha venido usando en el manejo del dolor en quemados durante procedimientos y en el control de la ansiedad. Estudios neurofisiológicos sustentan esa terapia (27). Otra medida que ha sido usada con éxito es la realidad virtual. Consiste en una tecnología que aísla al paciente del mundo real y deja su visión solamente en contacto con un ambiente virtual tridimensional. En el contexto de los pacientes quemados, ese mundo virtual se llama “mundo de nieve”, especialmente creado para oponerse a las sensaciones más a menudo provocadas por una herida de quemadura. En algunos estudios, la realidad virtual, como técnica de distracción durante los procedimientos, ha sido eficaz en la reducción de la intensidad del dolor en los pacientes quemados (28,29).

Asimismo, existen actividades para aliviar el dolor en quemados como las técnicas de relajación pueden ayudarle a relajarse, aliviar el estrés y disminuir el dolor. Las técnicas comunes de relajación incluyen cualquiera de las siguientes: (30)

La aromaterapia es una manera de usar aromas para relajar, aliviar el estrés y disminuir el dolor. Para la aromaterapia se usan aceites, extractos o fragancias de flores, hierbas y árboles. Estos pueden ser inhalados o usados durante masajes, faciales, envolturas corporales, y baños. Asimismo, la respiración profunda puede ayudar a relajarse y a disminuir el dolor. Tome una inspiración profunda y luego suelte el aire lentamente. Haga esto tantas veces como sea necesario. Tense los músculos y luego relájelos. Comience con los músculos de los pies y suba lentamente por la pierna. Luego pase a los músculos del cuerpo medio, los brazos, el cuello y la cabeza.

La meditación y el yoga pueden ayudar a relajar cuerpo y mente. Puede también ayudarlo a tener una mayor sensación de bienestar. La meditación y el yoga ayudarán a que focalice su dolor. Asimismo, la imaginación guiada le enseña a imaginar una imagen en su mente. Aprenderá a centrarse en la imagen en lugar de su dolor. Es posible que le ayude a aprender a cambiar la manera en que su cuerpo percibe y reacciona frente al dolor. Como también la música puede ayudar a aumentar su nivel de energía y mejorar su estado de ánimo. También puede ayudar a reducir el dolor al provocar que su cuerpo libere endorfinas. Estos son químicos naturales del cuerpo que disminuyen el dolor. La música puede utilizarse con cualquiera de las otras técnicas, como relajación y distracción.

La biofeedback ayuda a que su cuerpo reaccione de manera diferente al estrés causado por el dolor. Los médicos pueden llegar a usar una máquina de biofeedback para ayudarlo a reconocer cuándo su cuerpo está relajado. Usted aprenderá cuál es su ritmo respiratorio y cardíaco cuando este relajado. Cuando sienta dolor, practique alcanzar esos niveles respiratorios y cardíacos. Esto puede ayudarlo a controlar mejor su dolor. Mientras que la auto hipnosis es una forma de dirigir su atención a algo distinto a su dolor. Usted podría repetir una afirmación positiva para ignorar el dolor o percibirlo de forma positiva. Finalmente, la terapia de la acupuntura usa agujas muy delgadas para equilibrar los canales de energía en el cuerpo. Se cree que esto ayuda a aliviar el dolor y otros síntomas.

Satisfacción del personal enfermero; asimismo en Enfermería, como en otras profesiones, hay una amplia variedad de factores que intervienen en la satisfacción laboral (31,32); tales como el entorno físico de trabajo, la fatiga, la supervisión, los compañeros, la promoción, etc. Por ello para su estudio y análisis deben contemplarse los abordajes multidimensionales. Loke³³ define la satisfacción laboral como «un estado emocional positivo o placentero resultante de una percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona». Es un estado dinámico que siguiendo a Maslow³⁴ el ser humano raramente alcanza un grado de plenitud, excepto en breves periodos de tiempo. De tal modo que tan pronto se satisface un deseo, aparece otro en su lugar. Así mismo, la satisfacción laboral constituye una preocupación para los Directores de Enfermería, Marriner (35), comenta la correlación entre insatisfacción laboral y absentismo laboral, que se ha demostrado que la insatisfacción laboral se correlaciona con el absentismo laboral. Los profesionales de Enfermería, en general, se suelen mostrar satisfechos con los aspectos intrínsecos de su trabajo, en concreto con la atención que prestan a sus pacientes. Por el contrario, factores como falta de autonomía y control trabajo generan respuestas similares a situaciones de estrés excesivo.

Hay situaciones laborales que llegan a producir a los trabajadores estrés y el denominado síndrome de Burnout (36,37). Este término guarda relación con la insatisfacción laboral, ya que cuando una persona está quemada, se puede esperar que la satisfacción con el trabajo sea baja.

1.4. Formulación del Problema.

¿Cómo es la actitud de la enfermera respecto al dolor en pacientes quemados desde la perspectiva de los familiares en Hospital Docente Las Mercedes 2018?

1.5. Justificación e Importancia.

Esta investigación se justifica porque, la enfermería es una disciplina profesional y una ciencia que tiene como núcleo central estudiar el cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos, entendiendo el cuidado como, aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana; asimismo es importante ya que se pretende dar a conocer las labores de los enfermeros en el paciente que sufre quemaduras; la cual no

está basada en enfoque curativo en los centros hospitalarios sino también está basada en lo que es la prevención y la promoción de la salud dentro de los mismos.

La investigación es un aporte para los conocimientos y comprensión del personal de enfermería que desarrollan sus labores en el servicio de quemados del Hospital Docente Las Mercedes; que al brindar atención a los pacientes con quemaduras optan por cuidados integrales que calmen el dolor producido y asimismo que su actitud no genere conflictos morales en esta situación dolorosa tanto para el paciente como para la familia que mucho necesita además de sus cuidados, su serenidad, criterio ético y madurez en este proceso de recuperación.

Por consiguiente, la investigación se realizó para mejorar los cuidados que le brindan el personal de enfermería a los pacientes quemados y así hacer más pronta su recuperación además que permitió descubrir la variedad de actitudes que toman las enfermeras frente a al dolor del paciente, ver vacíos e involucramiento de persona y cuidado de manera integral en su tratamiento, y por ende que tomen conciencia en la atención y cuidado que brindan a sus pacientes; es por ello que con los resultados de esta investigación las enfermeros del servicio de especialidades quemados serán los más beneficiados.

1.6.Objetivos

Caracterizar la actitud de la enfermera respecto al dolor de pacientes quemados en el Hospital Docente Las Mercedes – 2018

1.7.Limitaciones

La limitación más importante se dio al no poder contar con información necesaria respecto a la tesis, trabajos relacionados sobre actitud de la enfermera y dolor del paciente quemado en la región la cual impedía el avance de proceso del presente trabajo.

Limitaciones de información:

No existen ya que los clientes se encuentran totalmente expuestos a la aplicación de los instrumentos tales como las entrevistas, etc.

Limitaciones económicas

No existen limitaciones económicas, porque la investigación es asumida íntegramente por el autor.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Fundamento y diseño de la investigación seleccionado.

La investigación fue cualitativa según Hernández S, Fernández C y Baptista M.; refiere que el enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas que se investigó) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad (38).

La investigación fue de tipo cualitativa debido a que respondió a puntos muy particulares concernientes a las actitudes de las enfermeras en el dolor de pacientes quemados en el hospital Docente Las Mercedes – 2018. El abordarlo de manera cualitativa permitió responder a un espacio más profundo de las actitudes de la enfermera hacia sus pacientes quemados. Por lo que se intentó interpretar y entender las actitudes de las enfermeras en el dolor de los pacientes quemados buscando cómo disminuir su dolor sin proporcionarle medicina y buscando otras alternativas de calmar el dolor.

Esta investigación se abordó mediante el Estudio de Caso; ya que permitió estar al tanto de la situación – manera intensa y completa. Asimismo, es de suma importancia recalcar que en el proceso del desarrollo de la investigación surgieron interrogantes para la investigadora dada la exploración del objeto de estudio. Luego de la contrastación con

la base teórica que fue explicada de manera progresiva, reformulada o eliminada. Con este tipo de abordaje se tuvo la oportunidad de conocer de manera muy íntima las actitudes de las enfermeras respecto al dolor del paciente quemado (38).

La principal ventaja por la que se abordó esta investigación mediante el estudio de caso es porque permitió investigar a un número reducido de personas: 4 enfermeras, 6 familiares de los pacientes quemados. Asimismo, permitió conocer la variedad de estilos, maneras en que el enfermero y paciente quemado interactuarán para determinar la variable actitud.

También se tuvo en cuenta las características o principios del Estudio de Caso profundo por Nisbelt y Watt citado por Ludke M y Marli E. (39). :

1. Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento.

La investigadora dio inicio a la investigación a partir de unos supuestos teóricos, asimismo estuvo atenta a los nuevos elementos que pudieron surgir como importantes durante el estudio. El marco teórico inicial que sirvió de estructura básica a partir de este, se pudo detectar nuevos aspectos, nuevos elementos o dimensiones que pudieron ser sumados en la medida en que el estudio avanza. La inquietud de la investigación nació de la experiencia cotidiana de la investigadora como internista y de haber vivenciado el fenómeno de la atención a los pacientes quemados, igualmente a través de la recolección la bibliografía, en la búsqueda de antecedentes relacionados a la actitud de la enfermera que permitió continuar con la presente investigación.

2. Los estudios de caso enfatizan "la interpretación en el contexto". Un principio básico del estudio de caso, para una comprensión más completa del objeto, es tener en cuenta el contexto donde se desarrolló la investigación. Para ello se considerará detallar las características del escenario de estudio. En el presente estudio el servicio de quemados en el Hospital Docente las Mercedes, fue el escenario natural de estudio, esto permitió comprender mejor las actitudes de la enfermera en el dolor del paciente quemado, el porqué de sus acciones, pues

estas siempre estuvieron relacionadas a la situación específica donde ocurrió la problemática determinada a las que estuvieron ligadas

3. Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. La investigadora procuró revelar la multiplicidad de dimensiones que están presentes en una situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatizó la complejidad natural de las situaciones, evidenciándose la interrelación de sus componentes. Permitted analizar las diversas actitudes existentes por las enfermeras al paciente quemado y como enfrentan este problema y si esto genera tranquilidad en el enfermo. También se analizaron y se discutió sobre cuáles fueron los factores o acontecimientos que producirá esta investigación en el área de quemados.
4. Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información. Al desarrollar el estudio de caso, la investigadora recurre a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas y con distintos tipos de informantes. Con esa variedad de informaciones originales de distintas fuentes se permitió cruzar información, confirmar o rechazar hipótesis, descubrir nuevos datos, separar suposiciones o levantar hipótesis alternativas, para lo cual se tuvo en cuenta la información que se obtuvo de todos los participantes en este proceso, valiéndose de las entrevistas y fuentes documentales.
5. Los estudios de caso revelan experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales. La investigadora procurará relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales. Para lo cual los actores de este fenómeno, dieron a conocer sus experiencias, frente el desarrollo de este proceso. Se tuvo en cuenta las experiencias de las enfermeras en el servicio de quemado y la experiencia de los familiares con sus pacientes.
6. Los relatos del estudio de caso utilizaron un lenguaje y una forma más accesible en relación a otras relatorías de investigación. Los datos de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños fotografías, slider, discusiones, mesas redondas. Los relatos escritos presentan generalmente, estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de

lenguaje, citas, ejemplos y descripciones. Durante la investigación se utilizó un lenguaje claro y sencillo, comprensible, de la realidad observada, se presentaron de forma narrativa, con ejemplos de la realidad vivida por la investigadora, de modo que los participantes en el estudio pudieron hacer sus generalizaciones naturales, con sus experiencias propias; además podrán plasmar con facilidad cómo es la actitud de las enfermeras en el dolor de los pacientes quemados, según Ludke M y Marli E. mencionan en tres fases el estudio de casos, nos dice que se caracteriza el desarrollo del estudio de caso en tres fases: 1) abierta o exploratoria, 2) recolección de datos y 3) análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe (39).

Primera fase: La fase exploratoria

El estudio de caso comenzó con un plan muy incipiente, que se fue delineando más claramente en la medida que se desarrolló el estudio. Existiendo inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que partieron de la revisión de la literatura pertinente. Como consecuencia de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, surgió de un contacto inicial la documentación existente y con participantes de un estudio o puede este proceso derivar de especulaciones basadas en la experiencia personal de la investigadora.

El presente estudio se dio inicio con un plan inicial, donde se identificó y formuló el problema, luego se definió el objeto de investigación, las actitudes de las enfermeras respecto al dolor de los pacientes quemados, se plantearon los objetivos que guiaron la investigación, y finalmente se eligió los sujetos de investigación: 4 enfermeras, 6 familiares de los pacientes quemados que participaran en este proceso de investigación. Igualmente se definió las técnicas y los instrumentos para la recolección pertinente de los datos. Esta fase también permitió relacionarse con el momento de la planificación de la investigación cualitativa.

Segunda fase: Delimitación del estudio

Una vez que se identificó los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador procedió a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando

instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, la elección fue determinada por las características propias del objeto de estudio. Se reconoció la importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio, como consecuencia que nunca fue posible de explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado. La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos, fueron cruciales, para lograr los propósitos del estudio de caso y para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada. El estudio recolectó sistemáticamente la información proporcionada por los sujetos de estudio, mediante la entrevista semiestructurada, análisis documental con una grabación digital, previo consentimiento informado de ellas, la selección de estas técnicas e instrumentos serán determinadas por las características propias del objeto de estudio para llegar a una comprensión más completa de este.

Tercera fase: El análisis sistemático y la elaboración del informe

Ya en la fase exploratoria del estudio surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Esos "borradores" de relatos serán presentados a los interesados por escrito y de forma auditiva. Evidentemente, estas fases no se completarán en una secuencia lineal, más se interpusieron en varios momentos, surgiendo movimientos constantes en la confrontación teórica- empírica. Posteriormente se procedió al análisis de la investigación obtenida, siendo esta confrontada teórica y empíricamente hasta llegar a las consideraciones finales de cómo son las actitudes de las enfermeras respecto al dolor de los pacientes quemados.

2.2. Tipos de muestra inicial seleccionada:

Las enfermeras que laboran en el servicio de especialidades-unidad de quemado del Hospital Docente las Mercedes; asimismo los familiares del paciente que está internado.

Las enfermeras que asisten en el servicio de quemados del Hospital Docente Las Mercedes; 05 provienen de la universidad Pedro Ruiz Gallo y 02 de la universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Así mismo 02 cuentan con maestría de gestión de servicio de salud; 03 son licenciadas; 02 tienen especialidad de cirugía; cabe recalcar que el tiempo de servicio más antiguo es de 10 años

Para esta investigación se obtendrá en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Los Criterios de Inclusión:

- Las enfermeras que deseen participar libremente de la investigación.
- Las enfermeras que laboran en el servicio de especialidad de quemados.
- Las enfermeras con mayor de 06 meses de experiencia laboral en el servicio de quemados.
- Familiares que voluntariamente aceptaran ser parte de la investigación.
- Familiares de aquellos pacientes que presentaron quemaduras de segundo y tercer grado.
- Familiares que brindaron cuidados continuos a sus pacientes hospitalizados durante su recuperación.

Los criterios de exclusión:

- Las enfermeras que reemplazan por horas.
- Enfermeras con tiempo de servicio en el área de quemados menos de 6 meses
- Familiares que tuvieron a sus pacientes hospitalizados menos de 1 semana en el servicio de quemados del Hospital Docente Las Mercedes.
- Familiares que no brindaron cuidados continuos a sus pacientes hospitalizados en esta área no pudieron cuidarlo por motivos de trabajo.
- Familiares de otros pacientes internados en otras áreas.
- Familiares de pacientes que presentaron quemaduras de primer grado.

Escenario

Para la investigación se tomó como escenario al Hospital Docente las Mercedes-Chiclayo, que es un hospital de segundo nivel de atención de salud del MINSA, con la categoría II-2, y cuenta con el Servicio de Quemados. Asimismo, brindan servicios por turnos, de mañana y tarde (6 horas) y de noche (de 12 horas). En la que laboran 7 enfermeras, 5 técnicas, 1 cirujano plástico y médico cirujano general. Cabe indicar que el Servicio de Especialidades: Unidad de Quemados; cuenta con sala común, (01) tópico, (01) sala de aislamiento, (01) baño y (01) sala de cirugía menor, donde se

maneja la curación diaria de los pacientes con quemaduras; esta área cuenta con 13 camas para la hospitalización del paciente quemados. Asimismo, los pacientes que se atienden son desde 1 mes de nacido hasta la última etapa de la vida y provienen de la región del norte del país.

Objeto en estudio

La actitud es la agrupación de sensaciones; ideas; acciones o conductas que está vinculada a una respuesta que espera una persona de otra para poder enfrentar la situación por la que está pasando.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos que la investigación necesita fueron recolectados mediante la técnica de la entrevista (38), ya que permitió a la investigadora obtener información específica, y a través de ello se puede penetrar en el mundo interior de las enfermeras y así conocer sus sentimientos, su estado, sus ideas, sus creencias y conocimientos.

Por lo que se dispuso de dos guías de entrevista: Una a la enfermera y la otra al familiar, con el propósito de triangular la información. Respecto a la primera esta consistió en 5 preguntas abiertas y por ende facilitó obtener datos precisos respecto a la participación de los familiares en el cuidado al paciente con quemaduras.

Las entrevistas se aplicaron a las enfermeras del servicio de quemado y a los familiares paciente quemado y se realizó en el tópico del servicio, previamente coordinado con el jefe del servicio y de la enfermera a cargo del turno, evitando que los sujetos se sientan intimidados. El tiempo estipulado será aproximadamente de 20 minutos, además fueron grabados mediante un grabador de voz, y luego será transcrito por la misma investigadora para el respectivo análisis. Las entrevistas se realizaron manteniendo siempre el respeto desde el momento del saludo hasta el término de la aplicación de la entrevista, en la cual habrá un contacto comunicativo, una interacción verbal, muy fluida y así permitió que el entrevistado pueda hablar de una manera flexible, dando su punto de vista.

Cabe resaltar que la guía de entrevista fue validada mediante juicio de expertos, que consistió en someterlo a una revisión de tres expertos: tres enfermeras que laboran en el Hospital Las Mercedes u de otros hospitales como el Hospital Regional de

Lambayeque, Almanzor Aguinaga Asenjo, expertos en la temática y en investigación cualitativa.

Asimismo, es importante mencionar que se aplicó una prueba piloto para validar el instrumento, esta fue aplicada a dos enfermeras del servicio de quemados y dos familiares de pacientes que han sufrido quemaduras, quienes luego no participaron de la investigación. Esta validación será importante porque permitirá a la investigadora, replantear las preguntas que no fueron comprendidas por las participantes.

Con respecto a la validez del instrumento, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir (39). La validez se clasifica en tres tipos; las cuales se tomaron para evaluar el instrumento.

Para la validez de contenido; se les envió los dos instrumentos (entrevista para enfermeros y entrevista para familiares de los pacientes quemados) a los jueces expertos para que revisen el contenido, los jueces expertos revisaron los instrumentos y algunos sugirieron nuevas preguntas por la cual se volvió a replantear las preguntas de acuerdo a lo que se pidió, se les reenvió las preguntas corregidas y fue revisado por el jueces expertos; dando sus vistos buenos y firmando el cuestionario dándolo como validado.

Para la validez de criterio; se realizó la prueba piloto a dos enfermeros y a dos familiares de otros hospitales de la región que cuentan con el área de quemados, se les explicó la importancia de la investigación, la muestra respondió las entrevistas verificando diferencias en sus respuestas, diferentes opiniones tanto de enfermeros como familiares del paciente, los actores si entendieron las preguntas hechas por lo que no se les dificultó responder las interrogantes.

Para la validez de constructo; Realizado la prueba piloto, se realizó el vaciado de información, realizando un análisis profundo con las teorías realizadas en el proceso de la investigación, por lo que si tiene sentido el fin del instrumento porque se relaciona con las teorías.

2.4. Procedimiento de recolección de datos

Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso respectivo al Hospital Docente Las Mercedes, Chiclayo y para ello se cumplió con todos los requisitos que soliciten a fin de garantizar el normal desarrollo de la investigación. Luego, se realizó

una inmersión total en el escenario necesario, a fin de contactarse con los familiares de los pacientes quemados que cumplan con los criterios de inclusión, en primera instancia la investigadora se comunicó estableciendo con ellos la fecha y hora para la entrevista; posteriormente se hizo firmar el consentimiento informado. Se regresó al escenario cuántas veces sea necesario hasta completar la muestra, la misma que se establecerá teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia.

La transcripción de las entrevistas se hizo después de realizada cada una de ellas, a fin de mejorar el proceso de recolección de datos de manera inmediata. Por lo tanto, para dar mayor validez a los resultados, una vez transcritas las entrevistas, fueron presentadas a los sujetos para corroborar si están de acuerdo con lo manifestado o desean agregar o cambiar algunos relatos. Una vez recolectados todos los datos se procedió al procesamiento de la información.

2.5. Procedimiento de análisis de datos

Para este trabajo en lo que respecta el análisis de datos se tuvo en cuenta el análisis de contenido según Bernal C., porque permitió mediante un conjunto de técnicas el análisis de las comunicaciones que busco la obtención de indicadores cualitativos de descripción del contenido de mensajes, permitiendo captar y evaluar los relatos obtenidos a través del empleo de procedimientos sistemáticos y objetivos, lo cual ayudo a la investigadora a la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de esos mensajes. Para realizar el análisis de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos (40):

Martinez C y Piedad C. El pre análisis, en este paso se realizó una lectura superficial del material, previo la preparación del material obtenido permitiendo así seleccionar aquellos documentos que se sometieron a un análisis teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y llevar a cabo una primera aproximación a los indicadores en los que se apoyaron la investigación (41).

Como segundo paso se tiene la Codificación, este paso consiste en un proceso de clasificación de información que debe poseer características fundamentales como un

conjunto de dos o más categorías que permitieron estudiar el fenómeno de una forma que sea significativa para el problema que se va a investigar. La investigadora previamente realizó una lectura del material para luego ir transformándolo recogiendo aquellos datos útiles y luego asignar un símbolo o código y así pudo analizar la información cualitativa lo que ayudo con los fines de la investigación. Categorización, en este paso se clasifico los elementos de un conjunto, es decir clasificar las unidades de significado asignado a cada unidad de registro para establecer una organización de los mensajes. El resultado de esta operación es la elaboración de un sistema de categorías.

2.6. Criterios éticos

Tello C, Gutiérrez N y et all durante el desarrollo de toda la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos (40):

Principio de respeto a la vida física: en cumplimiento a este principio los sujetos tuvieron el derecho a decidir en forma voluntaria si quisieron participar o no en el estudio, además este tuvo derecho a rehusarse a participar, por ello fue necesario que la investigadora de a conocer los riesgos y beneficios que pudieron ocurrir, considerándolos siempre como persona en su totalidad de valor, se cuidará que no sean dañados en ninguna circunstancia. Además, se tendrá en cuenta el consentimiento informado donde los sujetos que participarán en la investigación tendrán la información adecuada y oportuna respecto a la investigación, siendo capaces de comprenderla, permitiéndoles aceptar o rechazar libremente su participación en la investigación.

También los sujetos conocieron la investigación, los procedimientos que se utilizaron para obtener la información completa y los derechos de los cuales gozaron; de tal forma que les permitió tomar decisiones y para ellos se les proporciono una hoja informativa, para posteriormente hacerles firmar el consentimiento informado garantizando así su participación en esta investigación.

Principio de libertad y responsabilidad: este principio se cumplió desde el momento en que se tuvo contacto con la persona, se le informo acerca del objetivo de la investigación para ver si aceptaran ser parte o no de la misma. A este primer contacto se firmó un consentimiento informado. Igualmente, en todo momento se respetó la opinión de cada uno de los participantes. Desde el inicio se les informo a las personas que su

participación es voluntaria y si desean en cualquier momento podrán abandonar la investigación.

Principio de confidencialidad: Se aseguró a los sujetos que su privacidad estuvo protegida en todo momento, lo cual se logró a través del anonimato y para ello se usó seudónimos referentes a nombres de flores. Se tuvo presente también que los informes proporcionados no fueron divulgados públicamente de manera que pudiesen ser identificados y de que dicha información no queda a exposición de terceros, excepto, de quienes estén implicados en el estudio. Cabe resaltar que solo se publicó los resultados generales en forma de artículo científico en alguna revista científica, respetando la identidad de los sujetos. Finalmente, la base de datos que se obtuvo fue eliminada al término de la investigación, ya que servirán como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

2.7. Criterios de rigor científico

La calidad de un estudio estuvo determinada, en buena parte, por los siguientes principios (38):

Credibilidad, este criterio se logró en primer lugar con las entrevistas y el material que se registró, siempre se hizo que haya empatía entre la investigadora y los familiares para que así nos puedan dar su punto de vista del tema, después si era necesario se regresó al escenario de la investigación para confirmar hallazgos y revisar algunos datos particulares, y ver si los familiares deseaban corregir los errores de interpretación de los hechos observados o de las entrevistas transcritas, es decir los familiares ayudaron a clarificar las interpretaciones del investigador, y así constatar si son reales.

Auditabilidad o Confirmabilidad, para ello fue necesario un registro y documentación completa de las decisiones o ideas que la investigadora haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permitió que otro investigador examine los datos y pueda llegar a la conclusión igual o similar a la investigadora originales.

Transferibilidad o aplicabilidad, este criterio se aplicó al hacer el informe de una manera detallada, permitiendo que se pueda usar en otras investigaciones, en el mismo contexto. Describiendo las características de los sujetos de investigación y el escenario donde se desarrolla la investigación, para ver la posibilidad de transferir o extender los resultados obtenidos con otro contexto.

III. REPORTE DE RESULTADOS

3.1. Análisis y recolección de datos

En la recolección de datos proporcionados por los sujetos principales constituido por cuatro enfermeras y corroborado por seis familiares de los pacientes y la sistematización, ordenamiento y análisis minucioso de los mismos, se procedió a la elaboración de categorías en base a las preguntas planteadas en la entrevista, donde los discursos contenidos en cada una de ellas, permitió una mayor especificidad y descripción acerca de participación de los familiares y personal enfermero en el servicio de especialidades: unidad de quemados; por la cual son clasificados en las siguientes

categorías que se detallan a continuación:

Primera categoría: Manifestación del dolor

Segunda categoría: Métodos para valorar el dolor

Tercera categoría: Aliviando el dolor con estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

- a) Brindando medidas no farmacológicas al paciente quemado para su alivio del dolor.
- b) Realizando Intervenciones afectivas y emocionales para el bienestar del paciente quemado
- c) Administrando los analgésicos prescritos al paciente quemado para su alivio del dolor.

Cuarta categoría: Actividades para aliviar el dolor

Quinta categoría: Satisfacción de personal enfermero

Vargas Y.F. refirió que, la actitud es la tendencia ya constituida en recibir, sentir y comportarse de manera cognoscitiva frente a una persona, objeto o fenómeno (14).

Según Medina A. explica que las quemaduras son lesiones tisulares que son generadas por diversas agresiones ya sea energía eléctrica, térmica, radiación o sustancias químicas. La extensión de la quemadura depende de la profundidad o presencia de otros factores o lesiones, todo ello depende de la edad y otros. En general se afirma que la lesión es grave debido a que depende del grado de temperatura a que el cuerpo se expone y la cantidad de tiempo entre otros (16)

Asimismo, la clasificación posible se da por su etiología: dolor nociceptivo, el cual es producido por una estimulación de los nociceptores, es decir los receptores del dolor, provocando que el "mensaje doloroso" sea transmitido a través de las vías ascendentes hacia los centros supra espinales y sea percibido como una sensación dolorosa (ejemplo: un pinchazo) (18).

Las respuestas que ofrecieron durante la entrevista el personal enfermero y familiares de

los pacientes que han sufrido quemaduras, respaldan lo antes mencionado, encontrándose después de la transcripción y análisis de los testimonios; las categorías que devela el objeto de estudio, por la cual se explican de la siguiente forma:

I. Manifestación del dolor

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor en como una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, cuya presencia es revelada por manifestaciones visibles o audibles de la conducta. Es una experiencia muy individual, enteramente subjetiva y considerada como una experiencia aprendida (17).

El dolor del paciente quemado es un tipo especial de dolor agudo, caracterizado por ser iatrogénico y no cumplir un rol biológico de protección. El dolor jamás debe ser juzgado sino evaluado y tratado, según su intensidad, localización, etc. (17).

El dolor es subjetivo; esto significa que nadie mejor que el propio enfermo sabe si le duele y cuánto le duele; por lo tanto, siempre tenemos que contar con el paciente al hacer la valoración del dolor. Pero al ser una sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud la intensidad del dolor (16).

Por otro lado tenemos según su etiología; el dolor nociceptivo la cual es generado por estímulos de los nociceptores que provoca un doloroso mensaje mediante las vías ascendentes directo a los centros supra espinales y es percibido dolorosamente. Además tenemos el dolor somático conocido por su localización que es generado al activarse los nociceptores de los huesos, piel y partes blandas. Es un agudo dolor, bien ubicado, que muchas veces es solucionado por la administración de analgésicos (18).

Asimismo, es importante indicar que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes quemados, que requiere una especial atención y cuidado por parte del equipo de salud y muy especialmente de la enfermera, que en muchas ocasiones es la encargada de valorar la situación dolorosa. La cual se busca a identificar en la persona que ha sufrido una quemadura la señal de alarma que tiene por el dolor, cuya manifestación es el llanto, quejido y así poder tomar la mejor decisión para calmarlo, por eso es vital dialogar con el paciente y familiares, para saber cuál ha sido su

comportamiento cuando ha estado ausente el personal enfermero y tomarlo en cuenta cuando lo revise y valore su dolor; esta categoría es de suma importancia ya que permitirá las intervenciones a realizar frente a la experiencia dolorosa y evaluando la efectividad de las acciones ejecutadas. Esto se evidencia en los siguientes discursos de los familiares de los pacientes:

“las enfermeras escuchan sus quejidos, su llanto, y buscan la forma de aliviar el dolor de manera adecuada” (F1)

“La enfermera revisa sus heridas, le preguntan si tiene dolor, donde está sintiendo dolor...” (F2)

“La enfermera observa los gestos de su cara, sus movimientos...” (F3)

“La enfermera revisa al paciente observando sus signos vitales, dialoga con el paciente, le pregunta del 1 al 10 cuanto es su dolor...”

Llorente L. los antecedentes indican que debido a los avances en el saber de la fisiología del dolor y la medicina que existe disponible, esto no es aplicado de forma efectiva en la práctica y el tratamiento en ocasiones es el inadecuado en pacientes con quemadura. Además influye de forma negativa en el adulto y el dolor a afrontar. Como evidencia se obtuvo que el personal enfermero carece de conocimiento adecuado para valorar el dolor asimismo la carencia de instrumentos validados para medir el nivel de intensidad, sino si son adecuadas las medidas para reducir o eliminar el dolor (6).

El discurso muestra como el familiar de un paciente quemado en el servicio de especialidades quemados, vivencia el dolor del enfermo, escucha y observa lo que realiza la enfermera para poder identificar las escalas de dolor, mediante preguntas, gestos, movimientos, y brindar la atención adecuada en los pacientes; buscando aliviar este proceso doloroso ya sea de manera farmacológica o no farmacológica, asimismo es importante indicar que las enfermeras del Hospital Docente las Mercedes; tienen la experiencia de la vida con respecto al manejo del dolor en el paciente quemado; careciendo de una capacitación adecuada para atender un paciente quemado y mejorar su actitud tanto con el paciente como el enfermero.

Asimismo, se muestran las entrevistas a las enfermeras

“Observo el llanto del niño, su frecuencia cardiaca, contracturas del niño, posiciones antálgicas, expresiones de la cara...” (E1)

“Me doy cuenta del dolor del paciente por su aspecto físico, sus muecas, cuando escucho sus gritos por el dolor insoportable...” (E2)

“Gestos, intranquilidad, movimientos, mal humor eso es lo que se observa; en los niños escuchamos llanto” (E3)

“Aplico escala facial para niños, escala analógica en adulto, si pudiera hablar él nos dirá el nivel de dolor, la fascia quejumbrosa...” (E4)

Gómez D., Maldonado V., Reyes, B. y Muciño, A. L. en su investigación los resultados revelaron que la enfermera es una profesional que actúa afectivamente en situaciones de angustia, tristeza, protegiendo de manera solidaria al paciente infantil, también que las terapias no farmacológicas coadyuvan en el combate del dolor. Al concluir se reflejó que la intervención de la enfermera es altamente humanística, y se revela que el dolor requiere ser tratado por profesionales con amplia sensibilidad para brindar cuidado altamente humano (5).

El discurso muestra como el personal enfermero evidencia el dolor en sus pacientes quemados; manifestando que son los pacientes los que informan sobre el dolor que sienten, sin embargo adicionalmente a eso observan otros signos adicionales atribuidos al dolor como fascias quejumbrosas, movimientos, aplican escalas tanto facial y analógica, por lo que la enfermera tiene un papel protagónico y humanístico en la atención adecuada en los pacientes que han sufrido una lesión por quemadura y en la prevención de esta lesión, asimismo el profesional enfermero requiere desarrollar sus capacidades cognitivas, técnicas y mejorar su actitud, al enfrentarse, no sólo a un niño o adulto lesionado, sino a toda una familia preocupada por la salud de este.

II. Métodos para valorar el dolor

Para valorar el dolor existen valoraciones como el EVA, escala facial entre otras, asimismo tenemos como valorización del dolor a la escala EVA que mide la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas

de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad (17).

Asimismo, tenemos la escala facial de Wong y Baker fue diseñada para favorecer la comprensión del test a los niños, que no comprenden las palabras o el valor numérico. Hay una web que utiliza fotografías de caras de niños para que sean más reales (17).

Es importante que la enfermera le pregunte al paciente quemado el nivel de dolor que tiene, aplicando para los adultos la escala EVA, la cual se le pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros; así determina el dolor. Asimismo, para los niños se les aplica la escala facial; pero se debe tener en cuenta que los niños de 5 a 7 años no tienen capacidad de diferenciar entre ellos mismos y su entorno, su definición de dolor es “algo” o “alguna” cosa; por la cual no se determinará de manera adecuada la escala de valor o cuán grave es el dolor.

Podemos decir que los profesionales de enfermería hacen uso exhaustivo del interrogatorio y de estas dos escalas de valoración del dolor para medir la intensidad del dolor, lo cual es muy importante ya que le permite a la enfermera aproximarse a la intensidad real de dolor del paciente, planificar y ejecutar intervenciones eficaces y eficientes, según la situación del paciente.

En esta categoría se incluyen los métodos que usan las enfermeras cuando se realiza la valoración a su paciente, en este caso frente al dolor. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“Usamos la escala de Wong Baker ósea de las caritas felices y también tenemos la de escala numérica que valoramos al paciente el dolor; tenemos de 0 a 10...” (E1)

“Utilizo una hoja de valoración donde se ven los diagnósticos de acuerdo al NIC NOC, evaluamos con la escala de EVA, escala facial...” (E2)

“Nosotros aplicamos dos métodos el método de la escala facial de Wong Baker y la escala de valoración de kuchinski...” (E3)

Enríquez N. en su investigación gracias a la taxonomía enfermera, se ha podido observar las intervenciones que se han llevado a cabo y cómo éstas favorecen el progreso del paciente a través de la puntuación de los diversos indicadores; por lo que existe un componente muy importante; la comunicación, esta es la base de cualquier relación entre personas, por tanto, es una capacidad necesaria. En el momento en que el profesional de salud en este caso el profesional enfermero se sienta capacitado para desarrollar una adecuada relación de comunicación va a comprender a la persona enferma y la familia desde una perspectiva integral (6).

El discurso muestra como el personal enfermero evidencia que hacen uso exhaustivo del interrogatorio y de estas dos escalas de valoración del dolor para identificar las características del dolor, lo cual es muy importante ya que le permite a la enfermera aproximarse a la intensidad real dolor del paciente y determinar las medidas adecuadas para aliviarlo, sin embargo durante la valoración del dolor se debe hacer uso del interrogatorio y la exploración para realizar una determinación del tipo e intensidad del dolor en sus diferentes aspectos: localización, modo de aparición, aspecto temporal del dolor, características clínicas del dolor: descripción del dolor (quemazón, pulsátil, descarga), intensidad (moderado, intenso, muy intenso, intolerable), factores agravantes (cambio de postura, tos, posición), alivio (reposo, sueño, tranquilidad), repercusión del dolor, efectos y resultados de los tratamientos utilizados, analgésicos y de otro tipo; además de ello resultados de los tratamientos físicos y quirúrgicos. Esto quiere decir que no solo debemos basarnos en las manifestaciones verbales y la observación, sino que se debe de seguir la valoración para poder determinar intervenciones de enfermería efectivas para el manejo del dolor.

III. Aliviando el dolor con estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

Las enfermeras del servicio de quemados del HDLM, al estar constantemente en contacto con los pacientes quemado, han logrado identificar a lo largo de su arduo trabajo, que la manera más eficiente para actuar ante al dolor es la respuesta próxima de uso de los medicamentos farmacológicos a fin de disminuir la preocupación del familiar y al mismo tiempo del personal de salud.

Sin embargo, el dolor es un padecimiento para el paciente y su familia, que muchas veces trae complicaciones es por ello importante la terapéutica farmacológica en todos los casos de dolor, asimismo también se debe de tomar en cuenta la terapéutica no farmacológica ya es una medida importante y complementaria para el tratamiento medicamentoso en el control del dolor y de la ansiedad en los pacientes quemados.

Cabe indicar que el uso de fármacos es la principal y más efectiva forma de tratamiento del dolor en pacientes quemados, porque su propia naturaleza e intensidad así lo prescriben (19). Algunas alteraciones en la farmacocinética de los medicamentos se observan en pacientes quemados. Asimismo, en las quemaduras con un área mayor que un 20% de la superficie corporal aparece la extrapolación capilar generalizada, con pérdida de proteínas al intersticio. Por ende, es difícil controlar el efecto de fármacos con una alta ligación proteica (22). Debemos también tener cautela con el aumento del agua corporal total, que se ve mucho durante el tratamiento.

En el tratamiento de recuperación el enfermero busca que el paciente calme su dolor ya sea de manera farmacológica o no farmacológica, su objetivo es que el paciente no sufra, alcance su confort y su estabilidad; buscando que su recuperación sea la adecuada y manera progresiva; pero en muchos casos el paciente se vuelve dependiente de los medicamentos ante una pequeña señal de dolor; por lo que el personal enfermero debe aplicar tratamientos no farmacológicos y asimismo aconsejar a los familiares que dialoguen con ellos, les lean un cuento si son niños, les cuenten chistes, realizar actividades que los hagan olvidar de su dolencia por las heridas.

Sin embargo, las enfermeras identifican el dolor en los niños mediante los gestos, si llora, gritos, etc. y en los adultos se le pregunta ¿dónde le duele?, ¿el grado de su dolor?; es por ello que la enfermera como personal de salud más ligado a la evolución del paciente quemado deberá utilizar estrategias como un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin; ya sean farmacológicas o no mejorando la calidad de vida.

a) Brindando medidas no farmacológicas al paciente quemado para su alivio del dolor.

Para la terapia no farmacológica su inicio debe ser el más rápido posible, para prevenir el desarrollo de la ansiedad y el progreso del ciclo ansiedad y dolor (23). El trabajo debe

ser multidisciplinario, con la participación de psicólogos, psicoterapeutas, fisioterapeutas y expertos en dolor. Las técnicas de psicología, como la relajación, la distracción y la terapia cognitivo-comportamental, son beneficiosas para el alivio de la ansiedad y del dolor durante la fase de rehabilitación (24,25). En esta categoría se incluyen los métodos que usan las enfermeras cuando se realiza la valoración a su paciente, en este caso frente al dolor. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“Hay muchas formas de aliviar el dolor, utilizamos distracciones como la TV, tenemos las revistas, los hacemos bailar...” (E1)

“Utilizamos la creatividad visual, manual y los ejercicios en los niños, juegos que se le compran para que los armen, los padres últimamente se apoyan ellos con la Tablet poniéndoles cuentos, juegos, asimismo hemos adquiridos dos TV para que se distraigan y se olviden del dolor” (E2)

“Realizan juegos, como rompecabezas, cantan, etc.” (E2)

Gómez D, Maldonado V, Reyes B y Muciño A. en la investigación las evidencias determinaron que el personal enfermero es la persona que cuenta con conocimientos para actuar de manera afectiva en contextos de tristeza, angustia y protegiendo de forma solidaria al infante que sufre quemaduras, además de las terapias que reducen el dolor sin la intervención de la farmacología. Se concluye que la participación del personal enfermero es humanísticamente alta y el dolor debe ser aliviado por personal de salud con extensa sensibilidad para aplicar un cuidado humanamente alto (7)

Por tanto encontramos discursos muy relevantes relacionados al apoyo al paciente ya sea mediante la comunicación verbal ante las nuevas experiencias que pasa el paciente, así como el acompañamiento del paciente por parte del profesional de enfermería como por la del familiar cuidador, es necesario adoptar medidas complementarias para tratar el dolor como establecer una comunicación adecuada con el paciente demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que los pacientes responden a la conducta verbal y no verbal, además de ello mantener siempre una actitud tranquila, sosegada, serena ofreciéndole una relación afectuosa, preocupada y comprensiva; les permite a los pacientes cubrir su necesidad de protección y seguridad y disminuir su ansiedad, así como también contribuye a calmar su dolor. Finalmente, las medidas complementarias

para tratar el dolor van de la mano con las medidas terapéuticas medicamentosas, no podemos tratar de dar solo tratamiento farmacológico o solo terapia complementaria, ambas se deberían aplicar contribuyendo así al manejo y control del dolor. Dentro de las medidas complementarias encontramos el apoyo emocional, el apoyo psicológico, brindar información y terapias alternativas como relajación, respiración profunda, comodidad y confort, etc. Por mencionar algunas de ellas.

b) Realizando Intervenciones afectivas y emocionales para el bienestar del paciente quemado:

Las intervenciones afectivas ofrecidas por las enfermeras a pacientes quemados, tales caricias o alguna palabra de afecto les reanimaron y, este apoyo psicológico se hizo presente a través de la conversación empática con el paciente, al explicarle con un lenguaje acorde con su edad, los cuidados que se le proporcionaban. La comunicación con el paciente, fue una medida que permitió integrarse con él, ya sea conversando o utilizando distintas formas de lenguaje no verbal, como la mirada, el silencio, el acompañamiento, el sentido del tacto y la presión fueron excelentes fuentes de comunicación y manejo del dolor, sobre todo en este tipo de niños.

Los estímulos del dolor se transforman en un significado, el cual, en esencia, es comprendido por las enfermeras y familiares de la manera siguiente.

“La enfermera con su soporte emocional y espiritual considero que también pueden intervenir en el alivio del momento de dolor...” (F1)

“Solo algunas enfermeras la hacen conversación, la hacen reír” (F3)

“Hay enfermeras que conversan con mi hija, le leen la biblia, conversan de su familia, o preguntan de mi familia, veo que mi hija se ríe, esta alegre olvidándose del dolor...” (F4)

“Dar soporte espiritual, la motivación de si puede, iniciativa de los familiares, el que el familiar se convierta en un cuidador más y le dé ánimos a que se va recuperar, y se les brinda asistencia psicológica” (E3)

Sin embargo, Watson explica que el cuidado enfermero basado con orientaciones filosóficas (fenomenológico – existencial) y con sustento espiritual. Motivo por el cual es ético y moral de la enfermería, en otros términos el cuidado humano de determina por la correlación terapéutica fundamental entre las personas, por la cual es transpersonal, relacional e intersubjetivo. Según Watson J. el cuidado de la persona se basa en la atención enmarcada por el compromiso ético del enfermero que es la de realzar y proteger la dignidad del ser humano (13).

Con los discursos obtenidos con respecto al soporte emocional, atención que se brindó al paciente, la motivación entre otros se identifican como una intervención afectiva, por la cual es un patrón de comportamiento observable y la expresión de sentimientos y emociones experimentados subjetivamente, se manifiestan con tristeza, alegría y desesperación; por lo que Watson explica que el cuidado humano es brindar confianza, amor, fe, etc. complementando la actitud de la enfermera ante su paciente; lo que conlleva a mejorar su estado de ánimo, reduciendo sus niveles de depresión, sintiéndose querido e importante tanto por su familia como para el personal enfermero.

c) Administrando los analgésicos prescritos al paciente quemado para su alivio del dolor.

Cabe recalcar que el profesional enfermero aplica medidas farmacológicas indicadas por el médico de turno, esto sirve para aliviar el dolor del paciente asimismo el inadecuado manejo analgésico todavía es muy frecuente y es extremadamente importante efectuar una nueva evaluación continua de la efectividad de la terapia, como también la implementación de métodos más agresivos (20,21).

Por lo tanto, el profesional de enfermería encargado del cuidado del paciente refiere los siguientes enunciados:

“Usamos los placebos, le colocamos medicamentos como el metamizol si aún persiste el dolor le ponemos morfina. En cuanto a la curación tópica tenemos la ketamina, que le ponemos al paciente que es un opioide más fuerte, le colocamos dos a un miligramo endovenoso, de tres a cuatro miligramos intramuscular cuando no tenemos vía y no

queremos que sea tan traumático, y queremos buscar la vía porque es difícil obtener para un quemado” (E1)

“Generalmente farmacológicamente se alivia el dolor; como analgésicos, opiodes, etc. acá en quemados es así” (E2)

“Cuando están en la sala de hospitalización se usa la analgesia del metamizol; a veces el metamizol no supe totalmente el dolor por la cual se utiliza la morfina para el dolor intenso que es un opiode” (E3)

Asimismo, contrastamos con lo que nos dice Espino R y Torres A. en su tesis se concluyó que la actitud de los profesionales de enfermería se determina según el tiempo de servicio y según la cantidad de años de capacitación frente al dolor que experimentan los niños hospitalizados la cual fue medianamente favorable a indecisa (12).

El discurso muestra como el personal enfermero evidencia que hacen uso de farmacología como placebos, ketamina, morfina si el dolor persiste, metamizol; sin embargo, la terapia farmacológica no solo consiste en administrarla, sino que se realiza la evaluación de su efectividad, a continuación, algunas manifestaciones de las enfermeras:

“...Preguntándole si posterior al tratamiento que se aplica ante el dolor su umbral disminuyo...” (E1)

“...Consultándole al mismo paciente si el dolor bajo de intensidad con la escala numérica, también sus facciones, si ya no hay quejido, si está más tranquilo, y también e importante su presión arterial...” (E2)

Finalmente; la enfermería es un proceso en constante evaluación, ese viene a ser el lado humano de cada intervención realizada por la enfermera. El solo realizar la pregunta y repregunta al paciente sobre su padecimiento, le hace sentir que la enfermera se pone en su lugar, que es importante para ella su dolor y disminuye su ansiedad.

IV. Actividades para aliviar el dolor

Asimismo, existen actividades para aliviar el dolor en quemados como las técnicas de relajación pueden ayudarle a relajarse, aliviar el estrés y disminuir el dolor (30).

Las enfermeras conjuntamente con los familiares y personal de psicología realizan actividades que aporten en el proceso del paciente quemado; dentro de las actividades que se pueden desarrollar están: Las técnicas de relajación como la aromaterapia, la respiración profunda puede ayudar a relajarse y a disminuir el dolor al paciente, Tensar los músculos y luego relajarlos, la meditación y el yoga pueden ayudar a relajar cuerpo y mente, la imaginación guiada, la música, la biofeedback, la auto hipnosis y la terapia de la acupuntura (30).

Se incluyen las actividades que usan las enfermeras cuando se realiza el alivio del dolor a su paciente. Esto se evidencia en los siguientes discursos de los familiares del paciente quemado:

“Reunión de pacientes, baile, musicoterapia, distracciones...”
(E1)

“Se realizan actividades show infantiles para niños, se les enciende la televisión para que los niños vean dibujos” (E2)

“Tenemos juegos, a veces dialogamos, les brindamos revistas para que recorten” (E3)

“La risoterapia, imaginación guiada, en los niños ponerles sus dibujos preferidos, festival de títeres, videos, etc.” (E4)

Se explica que la imaginación guiada le enseña a imaginar una imagen en su mente. Aprenderá a centrarse en la imagen en lugar de su dolor. Es posible que le ayude a aprender a cambiar la manera en que su cuerpo percibe y reacciona frente al dolor. Como también la música puede ayudar a aumentar su nivel de energía y mejorar su estado de ánimo. También puede ayudar a reducir el dolor al provocar que su cuerpo libere endorfinas. Estos son químicos naturales del cuerpo que disminuyen el dolor. La música puede utilizarse con cualquiera de las otras técnicas, como relajación y distracción (30).

En los discursos recibidos se evidencia que las enfermeras realizar diversas actividades para aliviar el dolor, así como la risoterapia, musicoterapia, imaginación guiada, festival de títeres, juegos recreativos, se realizan shows infantiles, entre otros, por consiguiente, si no se realizan estas actividades su estado de ánimo puede disminuir, así como su apetito y es posible que le cueste dormir y desmejorar su calidad de vida. Estas actividades son distractores para el paciente los factores influyentes como la ansiedad,

la depresión y la alteración del ciclo sueño/vigilia, pueden alterar la percepción del dolor, por lo cual es altamente recomendado un manejo multidisciplinario del dolor en los pacientes quemados

V. Satisfacción de personal enfermero

Asimismo, en Enfermería, como en otras profesiones, hay una amplia variedad de factores que intervienen en la satisfacción laboral (31,32), tales como el entorno físico de trabajo, la fatiga, la supervisión, los compañeros, la promoción, etc. Por ello para su estudio y análisis deben contemplarse los abordajes multidimensionales. Loke define la satisfacción laboral como «un estado emocional positivo o placentero resultante de una percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona (33).

Por lo que algunos familiares están disconformes por el cuidado enfermero; esto se evidencia en los siguientes discursos de los familiares del paciente quemado:

“Me siento satisfecho ya que, si hacen bien sus cosas, son responsables” (F1)

“Regular, porque hay enfermeras que son excelentes otras que solo se limitan a atender y punto” (F2)

“Si... porque hay ciertas enfermeras que tenemos que rescatar su gran labor, su profesionalismo como hay enfermeras que son mal humoradas a veces no nos informan nada, no hacen caso...creo que el estado debe capacitarlas para que hagan su trabajo más humano” (F3)

“Regular a menos porque en algunos casos está ocupada o no ocupada, o muchas veces por llamarlas repetidamente ya vienen de mal humor, con respuestas tajantes, muy cerrada a alguna opinión que se les puede brindar como familiar, por lo tanto, regular a bajo” (F4)

Asimismo, los discursos brindados por los familiares de los pacientes más que la insatisfacción que han tenido ante el cuidado enfermero es la actitud que éstos han tenido para con su enfermo por lo cual Calabria E. explica de la actitud como “el estado de disposición nerviosa y mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones” (19). Es por ello que la formación de esta se va construyendo de distinta manera considerando el proceso de satisfacción de las

necesidades; que está condicionado también por la información que recibe la persona y por último por el factor más poderoso que es la práctica directa del individuo que tiene con el objeto (15).

Ante los discursos recogidos se evidencia que los familiares de los pacientes algunos indican que su satisfacción es regular, buena y si están satisfechos; conllevando en algunos el descontento de la atención a su paciente, esta insatisfacción la ha generado la actitud del personal enfermero, ya que no escuchado el llamado del familiar, mucho demoraban en llegar, otras estaban ocupadas, o si acudían a su llamado llegaban malhumoradas; conllevando a que el paciente determine una atención inhumana que carece de buena actitud, paciencia, empatía, etc.

Asimismo, se evidencia en los siguientes discursos de las enfermeras del servicio de quemado:

“Si esto muy satisfecha; si me vuelven a decir para seguir en esta área lo haría con mucho gusto, porque es un área bien implementada y la única en la región” (E1)

“Si estoy satisfecha porque es un área muy bonita y se necesita mucha dedicación y observación para con los pacientes, vocación de servicio, pero debe existir más personal especializado para una atención de excelencia” (E2)

“Si estoy satisfecha, del trabajo del servicio también, acá tenemos que lograr los resultados esperados, es un servicio ordenado, la visita es restringida” (E3)

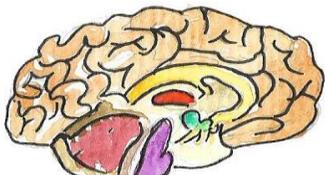
“Me siento satisfecha, porque es un trabajo en conjunto, en equipo, tomamos decisiones en forma consensuada, y tenemos un protocolo en cómo actuar ante una situación que vienen a gran quemad; vienen a emergencia y de emergencia pasan a servicio de quemado” (E4)

Por lo tanto, del discurso obtenido se evidencia que el personal enfermero se encuentra satisfecho en su área ya que es un área donde el trabajo es en equipo, existe vocación de servicio, los protocolos de cómo actuar están determinados, es un servicio ordenado y se han logrado los resultados; pero debería existir más especialistas en el servicio de quemado para que tanto los pacientes como los familiares se encuentren satisfechos.

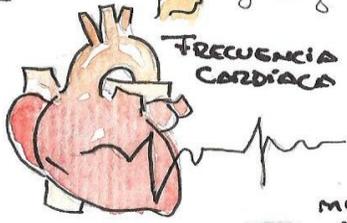
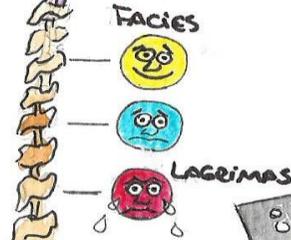
Actitud de la ENFERMERA respecto al dolor de pacientes quemados Hospital Docente Las Mercedes 2018.

Elaborado por: Villalobos C. Galvez Diet

Métodos para evaluar el dolor

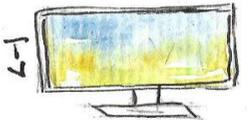


DOLOR
DUELE
DUELE



CARICIA

FARMACOLOGICAS
Y
NO FARMACOLOGICAS



DOLOR
DUELE
DUELE



DOLOR
DUELE
DUELE



SATISFACCION DEL PERSONAL ENFERMERO



3.2.Consideraciones finales

3.2.1. Conclusiones

Finalmente, realizado el análisis de la temática en cuestión y deseando que el esfuerzo puesto en esta investigación sirva e incentive a toda aquella persona interesada a seguir profundizando sobre el tema presentado, es donde la investigadora concluye lo siguiente:

El personal enfermero también se informa del dolor de sus pacientes quemados; dialogando con los familiares; preguntándoles si se ha quejado, si habido algún cambio en su ausencia, ¿cuáles han sido sus gestos? si sus pacientes son niños, por lo que el familiar es un actor principal al igual que el enfermero en el proceso de recuperación del paciente quemado; por lo tanto como objetivo a lograr sería determinar el dolor en los pacientes quemados del área de servicio de quemados del Hospital Docente Las Mercedes.

Los familiares de los pacientes indican que el personal enfermero cumple un rol muy importante en el cuidado de pacientes con quemaduras ya que es fundamental para el progreso y mejora de los pacientes, asimismo se debe de buscar apoyo psicológico ya que el muchas veces se deprime, no quiere concluir el tratamiento, tiene temor a quedar mal y no ser aceptado por la sociedad o ser víctima de las burlas de las personas de su entorno, por lo tanto como objetivo a lograr sería Analizar el cuidado enfermero en los pacientes quemados del área de servicio de quemados del Hospital Docente Las Mercedes.

La actitud de la enfermera ante el dolor que experimentan tanto niños como adulto en el Servicio de Quemados del Hospital las Mercedes, es desfavorable ya sea en la atención al paciente, al llamado de los familiares, etc. lo cual podría influir negativamente en el tratamiento integral del paciente quemado con dolor y en su proceso de recuperación y en la calidad de la atención que se le brinda. Por lo tanto, como objetivo a lograr sería Analizar el proceso de recuperación y la calidad de la atención que se le brinda en los pacientes quemados del área de servicio de quemados del Hospital Docente Las Mercedes.

3.2.2. Recomendaciones

El dolor es un lenguaje universal que puede ser entendido por medio de palabras, expresiones faciales, movimientos corporales, respiración, color y más en pacientes quemados que su proceso de recuperación es lento y no se ve que mejore estando en contante observación por el personal enfermero.

Es nuestra responsabilidad profesional poder valorarlo y responder adecuadamente ante las necesidades del paciente quemado tanto en niños como en adultos.

AL SERVICIO DE QUEMADOS

- a) Evaluar trimestralmente mediante una encuesta la actitud de la enfermera tanto hacia al paciente como el trato a los familiares.
- b) Medir la calidad de la atención que se le brinda a los pacientes quemados del área en el Hospital Docente Las Mercedes.

A LAS ENFERMERAS

- a) Hacer participar a los familiares de los pacientes quemados para reforzar los lazos afectivos y esto contribuya en su proceso de recuperación.
- b) Enfatizar que el manejo del dolor en paciente quemados tiene particularidades importantes, ameritando un enfoque diferente, una observación clínica más rigurosa y una vigilancia mayor que incluye monitorización estricta de los signos vitales, el alivio del dolor, la dosificación de los analgésicos empleados, los efectos colaterales de los mismos, así como su disminución progresiva y consciente de los analgésicos opioides, una vez que la causa del dolor haya sido controlada.
- c) Deben mostrar su lado humano en cada intervención al paciente quemado, realizarles preguntas y repreguntas sobre su padecimiento, hacerlo sentir ellas se ponen en su lugar, que es importante su dolor disminuyendo su ansiedad.

A LA ESCUELA

- a) Difundir la investigación por los medios sociales al hospital, a la universidad y a las enfermeras especialistas en pacientes quemados

- b) Enfatizar que las estudiantes continúen las investigaciones para poder concretar objetivos.
- c) Promover en nuestro medio la estandarización de los esquemas de valoración y tratamiento del dolor pacientes quemados.

A LOS FAMILIARES

- a) Realizar grupos de ayuda mutua, donde puedan compartir sus vivencias, a fin de encontrarlos medios que permitan afrontar las dificultades que se presentan mientras cuidan a su familiar afectado por una quemadura y se encuentra hospitalizado recibiendo tratamiento, con la finalidad de estar preparados, de alguna manera hacer frente a posteriores eventos.
- b) Brindar apoyo a su familiar en todo momento ya que la familia en su conjunto cumple un rol importante, y es la de dar y recibir cuidados oportunos, ser el soporte ante cualquier adversidad que se presente cuando están realizando su labor de cuidador familiar, la cual mejorará el proceso de afrontamiento de los familiares cuidadores

REFERENCIAS

1. Acosta L, Freire F. Enfermería Como Profesion. 2012. Acceso 3 Octubre 2017. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/62784731/Enfermeria-Como-Profesion>
2. Organización Mundial de la Salud. Quemaduras. 2017. Acceso 1 Octubre 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
3. Pérez O. Pacientes de quemaduras narran su intenso dolor. 2015. Acceso 1 Octubre 2017. Disponible en: <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/pacientesdequemadurasnarransuintensodolor-2065725/>
4. Larrea B, Ávila M, Raddatz C. Manejo del dolor en pacientes quemados. Revista Chilena de Anestesia. 2015. Acceso 3 Octubre 2017. Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/manejo-del-dolor-en-pacientes-quemados/>
5. Enríquez N. Plan de cuidados a un paciente quemado: a propósito de un caso. 2016. Acceso 1 Octubre 2017. Disponible: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17898/EnriqueRodriguez_Nerea_TFG_2016.pdf?sequence=2
6. LLorente L. Manejo del dolor Infantil por el Profesional de Enfermería. 2015. Acceso 1 Octubre 2017. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17953/1/TFG-H466.pdf>
7. Gómez D, Maldonado V, Reyes B, Muciño A. Nurses' voice when perceiving the pain of child burn patients. 2014. Acceso 30 Septiembre 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003710012>
8. Mego B. Conocimiento del profesional de enfermería frente al dolor en neonatos en el Hospital II-2 Sullana, Piura 2014. 2014. Acceso 1 Octubre 2017. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4931/1/Mego_Diaz_Betty_Magaly_2015.pdf
9. Aguilar C, Muro V, Padilla L, Carlos A, et. all. “Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua”. 2014. Acceso 1 Octubre 2017. Disponible en:

- https://www.researchgate.net/publication/260777846_Actitud_de_enfermeria_ante_el_dolor_infantil_y_su_relacion_con_la_formacion_continua
10. Cruz A, Grados G, Tresierra H. Actitud de la enfermera frente al cuidado del paciente crítico en clínicas privadas de Trujillo, 2016. 2016. Acceso 1 de Octubre 2017. Disponible en: <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/viewFile/755/698>
 11. Burga L, Paredes R. Actitud de la enfermera frente al dolor del neonato en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2014. 2014. Acceso 1 octubre 2017. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/359>
 12. Espino R, Torres A. Actitudes del profesional de enfermería frente al dolor que experimentan los niños hospitalizados en el hospital provincial docente Belén, Lambayeque – 2014. 2014. Acceso 1 Octubre 2017. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/561>
 13. Marriner T, A. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª ed. España: Masson; 2010.
 14. Vargas Y, F. “Enfermería Psicológica”. Tomo X.2010
 15. Calabria E. Buenas tareas. Noviembre.2011.(11)
 16. Medina A. Concepto y clasificación de las quemaduras. 2016. Acceso 1 Octubre 2017. Disponible en: <http://nightingaleandco.es/concepto-y-clasificacion-de-las-quemaduras/>
 17. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: “Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer Infantil”. Ginebra 2010.
 18. OMS. Quemados. 2012. Actualizado el 29 mayo de 2012, acceso 5 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/2012/05/29/210039.php>
 19. Latarjet J, Choinère M – Pain in burn patients. *Burns*, 1995;21:344-48.
 20. Atchison NE, Osgood PF, Carr DB – Pain during burn dressing changes in children: relationship to burn area, depth, and analgesis regimen. *Pain*, 1991;47:41-47.
 21. Choinikre M. The pain of burns. Em: Wall P, Melzack R (ed.). *Textbook of pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988, pp. 402-408.
 22. Girtler R, Gustorff B. Pain management in burn injuries. *Anaesthetist*, 2011;60(3):243-250.

23. Mahar PD, Wasiak J, O'Loughlin CJ et al. – Frequency and use of pain assessment tools implemented in randomized controlled trials in the adult burns population: a systematic review. *Burn*, 2012;38:147-154
24. Turk DC, Salavoy P – Managing chronic illness. In: Nicassio PM, Smith TW (ed.). *Cognitive behavioural treatment of illness behaviour*. 1996, pp. 245-285 [chapter 7].
25. Eccleston C, Yorke L, Morley S et al. – Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009;(2):CD003968.
26. Patterson DR – *Clinical hypnosis for pain control*. Washington: American Psychological Association, 2010.
27. Crawford HJ, Knebel T, Vendemia JMC – The nature of hypnotic analgesia: neurophysiological foundation and evidence. *Contemp Hypn*, 1998;15(1):22-33.
28. Hoffman HG, Patterson DR, Carrougner GJ et al. – Effectiveness of virtual reality-based pain control with multiple treatments. *Clin J Pain*, 2001;17:229.
29. Weissman DE, Haddox JD – Opioid pseudo-addiction, an iatrogenic syndrome. *Pain*, 1989;36: 363-366.
30. Medically reviewed. Terapias no farmacológicas para el manejo del dolor en adultos. 2018. Acceso 10 de mayo 2018. Disponible en: https://www.drugs.com/cg_esp/terapias-no-farmacol%C3%B3gicas-para-el-manejo-del-dolor-en-adultos.html
31. Hoppock R. *Job satisfaction*. Nueva York United States: Harper Ed; 1935.
32. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. *The Motivation to Work*. Wiley. New York United States: Wiley Ed; 1959.
33. Loke E A. *The nature and causes of job satisfaction*. Chicago: Rand McNally.1976.
34. Maslow A H. *Motivación y Personalidad*. Madrid: Díaz de Santos S A; 1991.
35. Marriner A. *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería*. 6.ª ed. Madrid: Elsevier España S A; 2001.
36. Alarcón J, Vaz F, Guisado J A. Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 2002. 28 (6): 358-81.
37. Freudenberger H, Staffburnout. *The Journal of social Issues* 1974; 30 (1): 159-66
38. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología' de la investigación*.2010 México, D.F., México: McGraw-Hill.

39. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-São Paulo; 2002.
40. Bernal C. Metodología de la investigación. 2ª ed. México: PEARSON; 2006.
41. Martinez. C y Piedad. C. El método del estudio de Caso. Estrategia metodológica de la Investigación Científica. Pensamiento y gestión. Universidad del Norte. 2006; 165-193 26.
42. Tello C, Gutiérrez N y et all. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Escuela de Postgrado de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Perú; 2009.

ANEXO

Anexo 1: Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Villalobos Carhuatanta Fiorella, de la Universidad Señor de Sipán. La meta de este estudio es caracterizar la actitud de la enfermera en el dolor de pacientes quemados en el Hospital Docente Las Mercedes – 2017

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Villalobos Carhuatanta Fiorella. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Caracterizar la actitud de la enfermera en el dolor de pacientes quemados en el Hospital Docente Las Mercedes – 2017

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Villalobos Carhuatanta Fiorella al teléfono 910142901.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya

Anexo 03: Entrevista dirigida a los familiares

El presente instrumento ha sido elaborado con el fin determinar Actitud de la enfermera en el dolor de pacientes quemados Hospital Docente Las Mercedes-2018.

Recomendaciones: a continuación, se le harán algunas preguntas, a las cuales se le pide responder con sinceridad. Le garantizamos que éstas son anónimas y para ello se le solicita la asignación de un pseudónimo referente a nombre de flores:

Agradeciendo su valioso aporte al responder con objetividad todas las preguntas en áreas de proporcionar información confiable.

I. DATOS GENERALES:

Edad:

Sexo:.....

Seudónimo:.....

Nivel de Instrucción:.....

Ocupación:.....

Lugar de procedencia:.....

II. DATOS ESPECIFICOS:

- 1 ¿La enfermera esta siempre cuando su paciente manifiesta dolor?
- 2 ¿Cómo alivia la enfermera del dolor de su paciente quemado? ¿Qué hace?
- 3 ¿Usted cree que la enfermera puede ayudar a los pacientes quemados aliviar el dolor de otras formas que no sea solamente la farmacología?
- 4 ¿Cómo evalúa usted a la enfermera cuando su paciente manifiesta dolor?
- 5 ¿Está satisfecho con la atención de la enfermera?

Anexo 04: Entrevista a Familiares

1. ¿La enfermera esta siempre cuando su paciente manifiesta dolor?

Seudónimo Violeta:

No señorita, a veces la llamo cuando mi paciente se queja por el dolor, o las llamo para que me ayuden a calmar su dolor; ellas muchas veces me responden agestadas que ya están yendo. Otras veces a pesar de habérseles avisado para que vayan a revisar a mi enfermo; demoran en ir otras veces envían a las técnicas. A veces no se les encuentras porque además de atender a quemados se encuentran atendiendo en otro servicio.

Seudónimo Rosa:

No, muchas veces la enfermera se encuentra muy ocupada realizando sus visitas a otros enfermos, otras veces se demoran en llegar después de habersele informado que mi paciente se está quejando de dolor, o llegan con mala cara como si les molestara su trabajo; nunca me informan sobre la situación de mi paciente. Otras veces envían a las técnicas para que revise a mi paciente generando en mi desconfianza ya que muchas veces no calman el dolor de mi paciente y eso me desespera y me causa pena verlo sufrir.

2. ¿Cómo alivia la enfermera el dolor de su paciente quemado? ¿Qué hace?

Seudónimo Violeta:

Si, solamente le ponen su medicina para calmar el dolor, pero a veces el dolor se intensifica y no les calma con nada; pero ellas le siguen poniendo lo recetado por el médico de turno.

Seudónimo Rosa:

Las enfermeras le ponen la medicación que el médico de turno le ha recetado a mi paciente, pero hay enfermeras que dialogan con mi paciente haciéndolos olvidar por un

momento su dolor, otras enfermeras solo se basan en la medicación a pesar que la medicina no haga efecto.

3. ¿Usted cree que la enfermera puede ayudar a los pacientes quemados aliviar el dolor de otras formas que no sea solamente farmacológicas?

Seudónimo Violeta:

No, porque la enfermera no es amable, solo usa medicina, además que se acercan una vez al día a revisarlo y a curarlo, muchas veces no me dejan ingresar a verlo y no me informan cuál es su estado.

Seudónimo Rosa:

Si se puede, realizando diálogos amenos con el paciente, buscando terapias de dolor más asequibles, para que el paciente se distraiga y olvide su dolor sin necesidad de medicina.

4. ¿Cómo evalúa usted a la enfermera cuando su paciente manifiesta dolor?

Seudónimo Violeta:

Muchas veces se acercan atenderlo porque es su labor hacerlo; pero con cara de agestadas, por la cual no brindan un trato adecuado a mi paciente, otras veces se molestan porque dicen que molestamos por nada porque fuera de la medicina no hay nada que le pueda calmar el dolor.

Seudónimo Rosa:

Una atención a medias, revisa al paciente solo por cumplir su trabajo, a veces indaga más preguntándole al paciente la escala de dolor, que parte le produce más dolor, revisa y consulta con el medico que se le puede administrar a parte de lo que se le receto.

5. ¿Está satisfecho con la atención de la enfermera?

Seudónimo Violeta:

No estoy satisfecha, ya que mi paciente sufre, porque ellas demoran en llegar a revisarlo y verificar las causas de su dolor y como calmarle.

Seudónimo Rosa:

Muy poco debido a que las enfermeras no brindan una atención adecuada a los pacientes, solo realizan su trabajo por obligación; muchas veces no se pone en los zapatos del enfermo, cree que nomás es suministrarle la medicación y ahí a cabo su trabajo, mas no busca otras formas de ayudar al enfermo y a sus familiares.

Anexo 05: Entrevista a enfermeras

1. ¿Que observa en sus pacientes para saber si ellos tienen dolor?

Seudónimo Azucena

Previamente reviso la historia clínica para informarme sobre el paciente, asimismo dialogo con un familiar para tener más información sobre la situación del paciente, antes de interactuar con el paciente trato de ganarme su confianza con una actitud proactiva, reflejando en el mi interés y dedicación, después observo sus actitudes, realizando la exploración física, así como también se valora con el interrogatorio que tipo y cuál es la causa del dolor para aliviarlo; no se debe descuidar la parte psicológica buscando la empatía con el paciente y es importante la exploración céfalo caudal que muchas veces el causante del dolor puede ser postural o en su defecto mala posición de las conexiones, brindándole aseo y confort.

Seudónimo Lirio

En el tema de quemados va a depender mucho del nivel y del tipo de quemadura, si es una quemadura de carácter superficial la principal forma de saber si tienen dolor es preguntarles directamente ya que están conscientes y por lo general manifiestan irritabilidad, el dolor y escozor quemante en la zona de la lesión cuando la quemadura es moderada el tema se complica porque ya existe dolor de mayor profundidad y mayor intensidad dependiendo del porcentaje de quemado del organismo y es una quemadura grave por lo general con pérdida de conciencia y un gran quemado los movimientos inconscientes y las alteraciones del sensorio son determinantes para saber y conocer la magnitud del dolor

2. ¿Existe métodos para poder valorar el dolor de sus pacientes quemados? ¿Los pone en práctica?

Seudónimo Azucena

Se debe conocer los mecanismos del dolor, asimismo medir adecuadamente el tipo de dolor utilizando alguna escala; siendo la más usada la escala de EVA, así como también administrar las terapias adecuadas para lograr obtener el valor correcto del dolor; de esta manera conseguir que el paciente quemado, puede sobrellevar la estancia en el servicio hasta su alta.

Seudónimo Lirio

En realidad poco se puede hacer frente a la posibilidad de valoración de este tipo de pacientes lo que nosotros manejamos aquí en el hospital aparte del aspecto farmacológico que lo maneja el medico; manejamos el aspecto no farmacológico que está en relación al soporte espiritual, emocional que se le puede ofrecer al paciente asimismo también en el tema de la curación del quemado que tiene un protocolo de desarrollo aquí en el hospital; y finalmente el soporte al entorno familiar del paciente que generalmente es complicado por el tema de información y acceso al paciente.

3. ¿Cree usted que exista otras formas de poder aliviar el dolor en pacientes quemados?

Seudónimo Azucena

Sí, tenemos las terapias del dolor, medicina alternativa, para realizar un buen plan de intervención se debe conocer los mecanismos causales del dolor y los cambios fisiopatológicos. Además, es importante que el paciente se sienta cómodo en la unidad del hospital, a pesar de la dolencia que lo aqueja. También es fundamental que la familia se involucre y apoye al paciente en su recuperación; asimismo cabe recalcar que también se debe realizar terapias individuales y colectivas para mejorar su aspecto psicológico.

Seudónimo Lirio

Existen tratamientos farmacológicos como el principal arsenal en el manejo de este tipo de pacientes, los analgésicos opiáceos, las cremas que están generalmente elaboradas en base a productos naturales y a productos especialmente que se denominan analgésicos para quemados y también para gran quemado se puede inducir el coma que es un tratamiento para personas que tienen un gran porcentaje de quemaduras en su cuerpo, en realidad pueden existir otras formas pero que todavía no podemos tener mucho acceso debido a la falta de capacitación al personal profesional y apertura a este tipo de servicio.

4. ¿Qué actividades realiza usted para aliviar el dolor en sus pacientes?

Seudónimo Azucena

Me involucro en la atención integral del paciente mostrando una actitud positiva; es valiosa realizar actividades de enseñanza – aprendizaje de como su actual en su autocuidado con la participación familiar; asimismo la supervisión y control de los cambios craneales, verificación del tránsito intestinal, control de diuresis, terapias de relajación, buscar distracción, si hubiese signos de depresión, pedir apoyo profesional y tratarlo.

Seudónimo Lirio

Aparte del manejo de enfermería, nosotros solicitamos el apoyo multidisciplinario en este tipo de pacientes, aparte del médico especialista, la enfermera especialista, el psicólogo, el psiquiatra, el nutricionista; son profesionales que intervienen en este tipo de problemas para poder generar un equipo que pueda aliviar la sintomatología más importante en este tipo de pacientes.

5. ¿Está satisfecho (a) en trabajar en esta área de quemados?

Seudónimo Azucena

Como trabajadora de salud estoy comprometida a pesar que carece de muchas cosas como:

No contamos con una unidad de quemados inducida en un sub servicio.

Déficit de especialistas en este servicio, así como también falta conformar el equipo multidisciplinario y se trabaja con diversidad de criterios, faltando concretizar y normar el uso de protocolos.

Seudónimo Lirio

Es complicado, pero si nos sentimos satisfechos el equipo por tres razones, la primera es que tenemos que identificarnos con el dolor humano que en este caso es uno de los complicados y complejos que existen en el dolor del quemado, en segundo lugar es el tema de la identificación con la familia del paciente que por lo general es una persona de bajos recursos, que tiene accidente graves en este tipos de situación, que proviene de hogares humildes y de bajo nivel socioeconómico y que frente a la lesión se encuentra muy expuestos a las infecciones recurrentes y en tercer lugar nos sentimos realmente conformes con el tema; pero a la vez aspiramos a una mejor calidad de servicio debido a que muchos pacientes; el curso de su enfermedad por lo general llegan a la muerte debido a que no se cuenta con una tecnología de punta en el manejo de

implantes y trasplantes entonces por allí está el bastión que nos puede generar una mejor calidad de atención en los pacientes y en este tipo de hospital.