



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-08-16

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. ALFREDO MARTINEZ Prof. ERNESTO MATHINSON y Prof. LINO FUENMAYOR, Reunidos en: SALÓN DE BIENAJUNA, ESCUELA DE MEDICINA

a la hora: 10:00 a.m.

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ EN CIUDAD BOLÍVAR. PERIODO FEBRERO 2012- FEBRERO 2022

Del Bachiller **GUILLEN CABEZA MARIA VERONICA C.I.: 25932191**, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO <input checked="" type="checkbox"/>	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	--	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 19 días del mes de AG de 2024

Prof. ALFREDO MARTINEZ
 Miembro Tutor

Prof. ERNESTO MATHINSON
 Miembro Principal

Prof. LINO FUENMAYOR
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trbajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-08-16

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. ALFREDO MARTINEZ Prof. ERNESTO MATHINSON y Prof. LINO FUENMAYOR, Reunidos en: Salon de Biorakia, ESCUELA DE MEDICINA, a la hora: 10:00am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ EN CIUDAD BOLIVAR. PERIODO FEBRERO 2012- FEBRERO 2022

Del Bachiller **HERRERA DIEGUEZ EMMA MONTSERRAT** C.I.: 25695854, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO <input checked="" type="checkbox"/>	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	--	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 18 días del mes de 08 de 2024

Prof. ALFREDO MARTINEZ
 Miembro Tutor

Prof. ERNESTO MATHINSON
 Miembro Principal

Prof. LINO FUENMAYOR
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMARILLO RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado

ORIGINAL COMISIÓN





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

**INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE
QUEMADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y
PAEZ EN CIUDAD BOLIVAR. PERIODO FEBRERO 2012- FEBRERO 2022**

Tutor académico:

Dr. Alfredo Martínez

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Guillen Cabeza María Verónica

C.I: 25.932.191

Br: Herrera Dieguez Emma Montserrat

C.I: 25.695.854

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Junio 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	x
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
METODOLOGÍA.....	16
Tipo y diseño de estudio.....	16
Universo.....	16
Muestra.....	16
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	16
Variables.....	17
Procedimientos para la recolección de datos.....	17
Análisis Estadístico.....	18
RESULTADOS.....	19
Tabla 1.....	21
Tabla 2.....	22
Tabla 3.....	23
Tabla 4.....	24
Tabla 5.....	25
Tabla 6.....	26
Tabla 7.....	27

DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
APENDICES	42
Apéndice A	43
Apéndice B	44
Apéndice C	45

AGRADECIMIENTOS

Día a día durante estos siete años de carrera he tropezado muchas veces, he tenido éxito muchas otras, pensé en abandonarla cada día desde que comencé, fui muy feliz pero también estuve muy triste y cansada por años, pero siempre seguí adelante, el camino estuvo cuesta arriba pero no me di por vencido, es por eso que estas líneas me las dedico a mí, para agradecerme por todas esas veces que seguí, aun sintiendo que no podía más, por mi valentía y resistencia, por todos esos momentos de tristeza, soledad, angustia, estrés, cansancio y millones de sentimientos, por ser más fuerte de lo que pensaba, por aferrarme a este sueño, gracias a esa Verónica de 21 años determinada y capaz, que nunca pensó que era demasiado tarde para cumplir su sueño de ser Médico Cirujano, al final si pudo lograr todo lo que se propuso hasta ahora, a ella le debo todo mi presente.

A Dios todopoderoso, quien me ha guiado en cada paso que he dado, sin Él nada sería posible. Por motivarme, recordarme que incluso en los momentos más difíciles prevalece su amor, y demostrarme que la fe me llevará a lugares con los que sólo pensaba soñar y que nuestras posibilidades siempre superan nuestras expectativas, le dedico este trabajo y cada logro de mi vida.

A mi madre, Donixa Cabeza, por ser mi luz en tanta oscuridad, Gracias mami, ojalá este logro pueda ser una pequeña retribución para todo lo que has hecho por mí. Gracias por enseñarme el valor del estudio, esfuerzo, autosuperación, y perseverancia. Por convertirme en la mujer que soy hoy en día. Gracias por creer en mi cuando nadie más lo hacía, sin tu amor jamás hubiese podido llegar aquí.

A mi prima Vanessa García porque ha sido más que una hermana, una amiga y compañera en cada paso de mi vida desde que nací, ha sido mi refugio en días

realmente difíciles, gracias por apoyarme y creer en mi cuando nadie lo hacía. Junto a ella mi sobrina Sabina Jáuregui, porque durante años fueron para mi amor y alegría. Gracias por recordarme siempre mis capacidades y la importancia de perseguir mis sueños. Son mi mayor inspiración y la razón por la que lucho cada día, les agradeceré siempre por estar para mí.

A mis amigas María Johangelyd Rivas y María Vanessa Martínez por su amor y amistad, sin ustedes no hubiese podido afrontar cada momento difícil de este camino, sin duda alguna hicieron mi vida más bonita, conocerlas ha sido una de las mejores cosas que me ha pasado, espero siempre puedan ser mis amigas, son y siempre serán el mejor regalo que me ha dejado medicina.

A mi roomie, amiga y compañera en el día a día Maryoris Madrid por su ayuda y apoyo en este último año y medio de mi vida, gracias por estar cada día llenándome de motivación para afrontar este proceso, gracias por tu ayuda y amistad.

A mi compañera de tesis y amiga, Emma Herrera, por asumir esta responsabilidad conmigo, por su paciencia, compromiso y colaboración. Sólo unidas como equipo y con su apoyo en todo el proceso hemos logrado culminar este trabajo.

A las amistades más lindas que me ha dejado el internado de pregrado, Eliana Cedeño, Bárbara Bravo, Isbhelen Devera, Hernán Dasilva, Angélica Inagas, Melania Barrios, Angelo Puleo, Louis Brito, Mariangel León, Dennys Chaudary, José Martínez, Rosiannys Chaudary, Frank Contasti, Elimar Sánchez, Kellynder Sánchez. Estoy agradecida con Dios por ponerlos en mi camino ustedes me han enseñado que para ser buen médico primero hay que ser un buen ser humano, su valor como personas y como doctores es invaluable, Su apoyo fue esencial para enfrentar los desafíos y mantener la motivación en este último año, se convirtieron en mis colegas y hoy tengo el privilegio de decir que también se convirtieron en mis amigos, esto es para ustedes.

—*María Verónica Guillen*

AGRADECIMIENTOS

Agradeciendo, primeramente, a mi padre Dios por su inmenso amor y su gracia, por brindarme sus dones cada día de mi vida, solo él sabe cuál es mi propósito como médico y por guiarme en el proceso, brindarme sabiduría, inteligencia, humildad y mostrarme lo bueno de su obra, enseñarme que todo en esta vida tiene sus sacrificios y recompensas.

Agradezco a mis padres, Arturo Herrera y Doris Dieguez por enseñarme todos los valores que me representan como persona y que con su inmenso esfuerzo, amor y apoyo me sostuvieron a lo largo de mi vida, por lo cual estaré agradecida hasta el final de mis días.

A mi amado esposo, el Dr. Louis Brito, que me ha acompañado desde el comienzo de mi carrera, estando siempre a mi lado, en cada paso que di, siendo mi consejero y compañero cada día y cada noche de desvelo, siendo un apoyo incondicional creciendo juntos en este desarrollo profesional.

Agradezco a mis familiares, aquellos que formaron parte de mi crecimiento profesional y fueron un gran apoyo en mi vida, Tibusay Herrera, Sonia Herrera, Mario Puleo, y todos los que están en mi corazón, presentes cada día de mi vida.

A mis suegros el Sr Luis Brito y la Sra. Yamile Ramos, por brindarme su apoyo incondicional cada día y quererme como una hija amada.

A mi hermana y mejor amiga desde bachillerato la Lic. Cindy Charita que perduro a mi lado a pesar de las adversidades y sacrificios que ameritaban la carrera. Por ser un apoyo en los momentos difíciles, y la cual siempre estuvo presente.

A mi mejor amigo y colega, Luis Daniel Peñaloza, por brindarme su amistad, sincera y transparente, llena de cariño y amor, de esas pocas personas que siempre saca lo bueno de las situaciones difíciles, compañero en cada paso desde el colegio hasta la graduación.

A esos amigos especiales que Dios colocó en mi camino, para apoyarnos y permitir crear momentos únicos que serán recordados por el resto de mi desarrollo profesional, aquellos que estuvieron desde el comienzo y los que se fueron integrando en el camino, agradezco las risas, anécdotas y enseñanzas, además de brindarme su amistad, Eliana Cedeño, Barbara Bravo, Angelo Puleo, Isbhelen Devera, Melania Barrios, Hernán Da Silva, Angelica Inagas, Dennys y Rosiannys Chaudary, Frank Contasti, José Martínez, Kellynder Sánchez, Elimar Sánchez. Aquellos que con orgullo llamo mis primeros colegas.

A mis mejores amigas, compañeras de estudio, de llantos y felicidades, a mis personas, María Vanessa Martínez por brindarme esa mano amiga desde el primer día y a lo largo de los años, cariñosa e incondicional, mi apoyo en todos los aspectos de la vida. María Johangelyd Rivas por ser la persona tierna, especial y amorosa que me brinda su amor y calidez sin importar las circunstancias, ¡Lo logramos!

A María Verónica Guillen, mi amiga y compañera de tesis, de carrera, de estudios y esfuerzos, en las buenas y no tan buenas, pero logramos nuestro cometido.

—*Emma Herrera*

DEDICATORIA

A Dios, por su infinito amor y misericordia, por nunca soltar mi mano, guiar cada uno de mis pasos y darme fuerzas para continuar, tú que me conoces mejor que nadie y sabes los deseos de mi corazón, tú que me has visto en la cima y en el suelo, gracias, padre amado por ser sabiduría, bondad y refugio para mí.

A mi madre Donixa Cabeza, que es todo para mí. Por su amor incondicional, su guía y apoyo inquebrantable. A pesar de tantos desafíos, se ha mantenido y me ha mantenido fuerte. Te dedico este trabajo. A mi prima Vanessa García y sobrina Sabina Jauregui por estar siempre para mí durante todo este proceso, este logro es suyo.

A mi amiga Yamaly Rodríguez que más que una amiga ha sido parte de mi familia, una hermana, fundamental en el transitar de mi carrera y de mi vida, me ha motivado cada día con amor, amistad incondicional, apoyo en cualquier momento de mi vida, le dedico este trabajo.

A mi novio y amor de mi vida, Carmelo De Grazia, por su apoyo, motivación y comprensión en este último tiempo de mi carrera. Gracias por creer en mí, tu amor es un motor para seguir adelante en los momentos difíciles, gracias por creer en nuestro futuro y ayudarme en este proceso tan difícil por tenerme paciencia y a pesar de los momentos difíciles pensar y preocuparte por mí, te dedico este trabajo.

A nuestro tutor, Dr. Alfredo Martínez, porque más que un tutor ha sido un padre dentro de la medicina a lo largo de toda esta carrera, gracias por su apoyo durante todos estos años, a nuestra casa de estudio la Universidad de Oriente y a todas y cada una de las personas dentro de ella, a los buenos profesores que hemos tenido, y a todos los que nos apoyaron e hicieron posible la realización de este trabajo.

—*María Verónica Guillen*

DEDICATORIA

Este logro va dedicado principalmente a Dios por su inmenso amor, que me lleno de fuerzas, sabiduría para sobrellevar cada día, resiliencia en los momentos de quebranto, y voluntad para continuar hasta el final.

A mis amores eternos, mis padres, Arturo Herrera y Doris Dieguez por guiarme con su sabiduría y amor incondicional, apoyarme en cada paso y aconsejarme en cada tropiezo para no rendirme en el proceso. Por ser mis pilares y mis motores para ser mejor cada día, por hacerme la persona que soy hoy, porque este logro no es solo mío, sino para ellos y mi mayor orgullo es enaltecerlos con este logro profesional.

Especial dedicatoria a mis abuelitos Ramon Benedicto Dieguez Nieto, Nicolasa Margarita Pérez Legrand, Rafael Arturo Herrera y Emma Rosa López que no dudo que en vida estarían orgullosos por este logro.

A mi esposo, el Dr. Louis Brito, por ser mi motor y mi razón de superación cada día para así cumplir mis metas de vida.

—*Emma Herrera*

**INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE
QUEMADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y
PAEZ EN CIUDAD BOLIVAR. PERIODO FEBRERO 2012- FEBRERO 2022.
María V. GuillénEmma Herrera**

RESUMEN

Las quemaduras se definen como una lesión de tejidos orgánicos producidos por la acción de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo, que ocasionan alteraciones estructurales que van desde un eritema hasta la devastación absoluta de las mismas. Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 180.000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano (LMIC). Objetivo: se centró en determinar la incidencia de pacientes adultos en la Unidad de quemados del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, en Ciudad Bolívar, durante el periodo febrero 2012 - febrero 2022. Metodología: retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Muestra: estuvo representada por 385 pacientes adultos que ingresaron a la Unidad de Quemados del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: Se determinó que el grupo etario más afectado fue el de 18-25 años en un 26,23%, del sexo masculino 75,32%, procedentes del estado Bolívar 83,64%. La etiología más frecuente fue la quemadura por gasolina en un 43,64%. Según el área afectada, 28,31% tuvieron entre el 16-30% de superficie corporal quemada. 52,73% fueron quemaduras de III grado. La zona más afectada fueron los miembros superiores en un 85,87% de los casos. El tratamiento médico/quirúrgico fue el más utilizado en un 80,87%. La terapia aplicada más común fue la escarectomía + autoinjerto en un 86,75%. La terapia antimicrobiana de inicio más utilizada fue la Oxacilina en un 65,19%. El 30,65% de los pacientes fallecieron durante su estancia hospitalaria. Conclusión: Se determinó que la incidencia total de pacientes adultos hospitalizados por quemaduras fue de 385 en un periodo de diez años.

Palabras claves: Incidencia, Quemaduras, Pacientes adultos.

INTRODUCCIÓN

Desde épocas remotas, el fuego constituía uno de los factores principales en la ocurrencia de lesiones, causando quemaduras. Aunque en la actualidad se mantiene como una de las causas de estos incidentes, otros factores como productos químicos, la energía eléctrica y los equipos construidos por la industria contemporánea han agudizado dicha situación (Paredes, C. 2021). Las quemaduras se definen como una lesión de tejidos orgánicos producidos por la acción de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo, que ocasionan alteraciones estructurales que van desde un eritema hasta la devastación absoluta de las mismas (Barrionuevo, D., Flores, M. 2020).

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 180.000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano (LMIC) (OMS; 2018). Según reportes de Global Burden of Disease (GBD) para 2019 un total de 8.378.122 casos nuevos de quemaduras se identificaron a nivel mundial (Yakup, A., Zhang, J., Dong, W; et al., 2022.). En Estados Unidos según la Asociación Americana de Quemaduras (ABA, por sus siglas en inglés) en el 2016 se presentaron 486.000 personas con quemaduras y de ellos 40.000 ameritaron hospitalización (Trochez, J., Galván, I., Mosquera, M; et al., 2022).

En Latinoamérica se ha señalado que existen entre 0.4 a 1.9 por 100.000 habitantes casos de quemaduras y que el 8% de ellas mueren por esta causa, lo cual es clara evidencia del subregistro del trauma por quemaduras en toda la región (Ramírez, J, Boswijk, K, Morales J; 2019). En Perú, según el Sistema de información hospitalario (HIS) en 2019 se registraron 39.211 casos de quemaduras (Ministerio de Salud de Perú; 2020). Por su parte en Cuba es la novena causa de muerte por

accidente en todas las edades y el 1% de total de defunciones. Del total de muertes por esta causa el 9% ocurre en el hogar (Ramírez. J, Boswijk. K., Morales. J; 2019).

En Venezuela, las estadísticas de quemaduras en adultos no son precisas, ya que los estudios relacionados a esta patología se han dirigido principalmente a la población infantil. Además, son pocos los centros para la atención del quemado, en el país, estando distribuidos geográficamente de la siguiente manera: Unidad de Caumatología del Hospital Coromoto de Maracaibo; Unidad de quemados del Hospital Militar “Carlos Arvelo” y Unidad de quemados del Hospital “J.M. de los Ríos”, ambos en Caracas; Unidad de quemados Dr. Raúl Soto Matos, Hospital Universitario de Maracaibo; Unidad de quemados Hospital Ruiz y Páez en el Estado Bolívar (Mendoza, A; 2011).

Por ser Venezuela un país petrolero y minero, es de alto riesgo para los accidentes por quemaduras, siendo las de tercer grado las más comunes, produciéndose anualmente entre 800 a 1000 las personas que sufren este tipo de quemaduras. Por la alta morbimortalidad y el contexto socioeconómico y laboral en que ocurre, atender este problema de salud representa un gran reto en la sociedad venezolana (Mendoza, A; 2011).

La comprensión de la fisiopatología de las quemaduras se remonta al año de 1832, donde Dupuytren describe el shock neurógeno (por efecto del dolor) y el origen de los trastornos en el quemado mayor. Dichos hallazgos permitieron explicar que los efectos de las quemaduras varían desde trastornos locales hasta alteraciones generales en los diferentes sistemas y organizó las fases de estadío del paciente quemado y marcó su relación con otras entidades como el síndrome de respuesta inflamatoria (SRI) (Barrionuevo, D., Flores, M. 2020).

Clásicamente, se han descrito la formación de 3 zonas de lesión en la piel; una zona central, llamada zona de coagulación, donde el daño es instantáneo e irreversible debido a la destrucción celular por coagulación proteica, esta es rodeada por la zona de estasis donde existe un déficit de perfusión debido a una alteración en la permeabilidad vascular e importante formación de edema (reversible con un tratamiento adecuado), y esta a su vez es rodeada por la zona de hiperemia donde no hay destrucción celular, sino que existe una importante vasodilatación secundaria al proceso inflamatorio (Polo. S; 2023) (Castro. G, Rojas. K, Hernández. V, 2023).

A nivel sistémico, la agresión que provoca la quemadura sobre los tejidos desencadena una serie de fenómenos fisiopatológicos en el organismo, interesando profundamente los sistemas cardiovascular, nervioso, endocrino, respiratorio, renal y gastrointestinal. En relación directa con la superficie quemada, el agente causal de la quemadura y el tiempo de exposición, los cambios más importantes corresponden a un aumento de la permeabilidad capilar, pues, tras producirse la quemadura, se origina el paso de plasma, electrolitos y agua del espacio intravascular al espacio intersticial, lo que provoca un desequilibrio electrolítico y por lo tanto condiciona el edema. El edema interesa a las zonas afectadas y adyacentes y puede afectar a todo el organismo si éste presenta un elevado tanto por ciento de SCQ (superficie corporal quemada) (Pérez. J, Cárdenas. L, Gonzaga. A; 2022).

En consecuencia, de la destrucción tisular, es decir; pérdida de la barrera cutánea, provoca aumento de las pérdidas de agua por evaporación. Esta pérdida de agua puede ser de 200 g/m² y por SCQ/h, que junto con el edema desencadenan el shock hipovolémico característico de los pacientes con quemaduras. Ello conduce a hipoxia celular y acumulación de ácido láctico. Hematológicamente el paciente al inicio estará hemoconcentrado por la pérdida de líquido intravascular y, posteriormente anémico, debido a la destrucción de hematíes. A nivel cardiovascular

habrá disminución y lentificación del volumen circulante, con disminución del volumen minuto y por tanto disminución del gasto cardíaco, y como respuesta refleja habrá taquicardia (Torrealba, L., Torrealba, M., Villagrasa, M; et al., 2021).

Además, habrá alteraciones en la función pulmonar en pacientes quemados que hayan podido inhalar humo, pues, cuando los pacientes inhalan monóxido de carbono se produce un desplazamiento del oxígeno de la hemoglobina, produciéndose carboxihemoglobina, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos lo que ocasionará cambios importantes de CO₂, O₂ y del pH arterial. (Torrealba, L., Torrealba, M., Villagrasa, M; et al., 2021)

Abordando otro aspecto fundamental sobre las quemaduras, existen múltiples clasificaciones, en función de varios criterios: el agente que las produce, la extensión de la superficie quemada, la profundidad y la gravedad de dichas lesiones. La clasificación según el agente que las produce tiene importancia en la valoración y en la primera actuación ante la quemadura, estas pueden ser quemaduras eléctricas, químicas (ácidos, álcalis) térmicas (provocadas por líquidos calientes, escaldaduras, gases inflamables, fuego directo y aquellas provocadas por frío) y las quemaduras radiactivas (consecuencia de energía solar, radiaciones ultravioletas, ionizantes, rayos X, energía atómica, radiación por isótopos radiactivos) (Sánchez. M, Pérez. L, Gargallo. M, et al., 2021).

La extensión de la quemadura es un factor fundamental en el pronóstico del paciente con grandes quemados y se mide con la superficie corporal quemada respecto al total de la superficie del cuerpo. Como es lógico, una mayor SCQ conllevará a una mayor gravedad, teniendo en cuenta otros factores como la localización y el grado de profundidad (Tech Education. 2022).

Así pues, para calcular la SCQ se tienen varios métodos, uno de ellos es el método palmar que consiste en darle valor de 1% de la superficie corporal total (SCT) a la palma de la mano del paciente, tanto adulto como niño, éste puede ser un instrumento rápido de estimación del porcentaje de superficie corporal quemada en la escena del accidente o en quemaduras pequeñas. Para quemaduras extensas, tradicionalmente se utiliza el cómputo de la superficie quemada que deriva de la regla de Wallace o también llamada “Regla de los Nueve” en esta oportunidad la SCQ el cuerpo se divide en 11 regiones, teniendo todas ellas la misma extensión, 9% estas áreas incluye: la cabeza, el cuello, el tórax, abdomen, espalda superior, espalda inferior, glúteos, cada muslo, cada pierna y cada extremidad superior por último el periné completa el 1% restante de la superficie de la SCT (Tortajada. C, Sancho. R; 2021).

Por otra parte, la bibliografía internacional muestra que la clasificación de las quemaduras según la profundidad ha sido enfocada de diversa manera por diferentes autores, utilizando la palabra grado y números para identificarla, lo que origina confusiones porque el mismo grado y número significan diferentes profundidades según cada clasificación, es por ello que Benaim en 2022 propuso una nueva forma de designarlas, utilizando letras en lugar de números, y “Tipos” en lugar de “Grado” basándose fundamentalmente en el tratamiento a aplicar en cada una de ellas (Benaim. F; 2022).

De modo, que las quemaduras calificadas como Tipo “A” corresponde a quemaduras superficiales y se dividen en dos subgrupos: epidérmica, o eritematosa y dérmica superficial o flictenular. Las de tipo “B” se refiere a quemaduras profunda (espesor completo), las de tipo “AB” quemaduras intermedias (dérmica profunda). De acuerdo con su evolución, las quemaduras tipo “AB” pueden ser “AB-A”, cuando epitelizan espontáneamente (sólo con tratamiento local) y AB-B”, si se profundizan y requieren ser injertadas. Benaim agregó a esta clasificación las de tipo “C” que se

aplicará a aquellas quemaduras (eléctricas u otras) que destruyen los tejidos subcutáneos (músculos, tendones, vasos, nervios) y necesitan colgajos para su tratamiento (Benaim. F; 2022).

Por último, las quemaduras se clasifican según su gravedad; para ello, la ABA las categoriza basándose principalmente en la profundidad, el tamaño y la localización de la quemadura, y las divide en leves, moderadas y severas. Las quemaduras leves son aquellas en que los pacientes tienen una SCQ $\leq 2\%$ de tercer grado siempre y cuando no involucre áreas especiales en adultos o bien quemadura $\leq 15\%$ SCQ de primer o segundo grado en adultos (Quispe. L; 2022). Las moderadas son quemaduras de segundo grado con 15 a 25% de SCQ en adultos o bien quemaduras de tercer grado con una SCQ entre 2 a 10% que no involucren zonas especiales, a cualquier edad (Fernández. Y, Casas. M; 2019).

Por otro lado, las quemaduras severas son aquellas en que los pacientes presentan quemaduras de tercer grado y con $>10-25\%$ de SCQ en adultos, llamándose a los que tengan 25% o más de SCQ “Gran Quemado”. También se consideran graves aquellas quemaduras que involucren áreas especiales como: manos, pies, cara, ojos, perineo o genitales, lesiones por inhalación, corriente eléctrica de alto voltaje, quemaduras vinculadas con fracturas o traumatismos graves, lesiones en menores de un año o en pacientes con enfermedad subyacente (Illescas. J; 2017).

Una vez que la quemadura haya sido identificada y determinado el porcentaje de superficie corporal quemada del paciente se decidirá el manejo de dicha quemadura. El mejor tratamiento de las quemaduras es su prevención, los objetivos del tratamiento son salvar la vida, conseguir la recuperación funcional, estética, psicológica y la integración social (Castro. A, Flores. F; 2021). La mayor parte de los pacientes pueden ser manejados ambulatoriamente, siendo una menor proporción los

que requieren hospitalización para su tratamiento (Muñoz. L, Chancay. A, Benítez. C; 2019).

Con el advenimiento del siglo XX se separó el tratamiento de las quemaduras en local y general (Paredes, C. 2021). El tratamiento general está indicado en quemados con repercusión sistémica, siendo sus objetivos restablecer la homeostasis en el menor tiempo posible y prevenir la aparición de complicaciones. Especial importancia tiene asegurar una vía aérea permeable y una adecuada ventilación, así como la de asegurar una buena reposición hidroelectrolítica (Muñoz. L, Chancay. A, Benítez. C; 2019).

El tratamiento local debe efectuarse bajo máxima asepsia y analgesia adecuada. En la primera curación se realiza un meticuloso aseo cutáneo y de las regiones quemadas, eliminando flictenas, cuerpos extraños y tejido esfacelado, pudiéndose optar por un sistema de curación cerrado o expuesto. La utilización de agentes antimicrobianos tópicos ha permitido disminuir la incidencia de infecciones. La escarectomía está indicada en quemaduras profundas circunferenciales en extremidades, tórax y cuello, restableciendo la perfusión distal y mejorando la ventilación respectivamente. Existen 2 tipos de escarectomía quirúrgica, la tangencial, asociada a un mayor sangrado y la escarectomía supra aponeurótica o total, en la que la hemostasia puede controlarse mejor, pero deja un defecto mayor (Rodríguez. I, Pérez. E, Chirino. M; 2020).

Aunque la mayoría de las lesiones por quemadura no son mortales, en muchos casos se asocian con secuelas y discapacidades graves y permanentes. De hecho, las quemaduras representan una de las principales causas de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en LMIC (Angulo. M, Aramendi. I, Cabrera. J, et al., 2020). Además, se ha identificado como secuela de quemaduras parestesia, dolor crónico, prurito e intolerancia al calor (Rivero. E; 2022).

Basados en lo anterior, Polo en 2023 realizó un estudio en España que tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas de los pacientes quemados graves y analizar los factores relacionados con la morbimortalidad. Los resultados mostraron que la SCQ fue del $42 \pm 25\%$ y la edad 51 ± 19 años. Los pacientes permanecieron internados durante una mediana de 4 días, 68% necesitaron ventilación mecánica, 57% presentaron alguna infección durante el ingreso, y 26% desarrolló insuficiencia renal aguda. La mortalidad en el servicio hospitalario fue del 42%. Las variables asociadas de manera independiente con un aumento significativo de la mortalidad fueron la SCQ superior al 35% (OR 1,08; IC 95%: 1,03-1,12) y el desarrollo de insuficiencia renal (OR 5,47; IC 95%: 2,02-8,93). Evidenciando la alta tasa de mortalidad por los factores identificados en el estudio (Polo. S; 2023).

Por su parte, García llevo a cabo una investigación en Nicaragua con el fin de caracterizar complicaciones y uso del índice de severidad abreviado de las quemaduras (ABSI) en pacientes quemados graves durante dos años consecutivos (2018-2019). Su muestra estuvo conformada por 56 pacientes, siendo los más afectados con quemaduras graves los hombres (76,8%) con rango de edades entre 21-40 años (42.9%). El mecanismo de quemadura fue ígneo en 51.8% de los casos y 10.7% sufrieron quemadura por inhalación. La SCQ fue del 41.1% entre 11 – 20%, 66.1% con quemaduras de III grado y 41% de diferente profundidad. El 42.9% de los pacientes fue intervenido quirúrgicamente entre 1 y 3 veces. El 50% se complicaron con infección y el 25% desarrollaron choque séptico, siendo la principal causa de muerte en este grupo de pacientes. El ABSI reportó 33.9% de pacientes de moderada probabilidad de mortalidad (García. L; 2019).

En el mismo sentido, Paredes, en 2022 caracterizó a los pacientes hospitalizados por quemaduras de un Hospital Cubano en donde se encontró que de los 73 pacientes estudiados 53,43% pertenecían al sexo masculino, 36,98% tenía edades comprendidas entre 20 y 60 años , 42,46 % estuvieron hospitalizados entre 10

y 30 días, 43,84 % de las lesiones fueron causadas por líquidos calientes y predominaron de lesiones dérmicas AB con 50,68 % y según la extensión de la lesión estuvieron entre el 4 y 7 % de la superficie corporal quemada (32,87 %). El 46,58 % de los pacientes recibió quemaduras de localización múltiple, y en 49,31% de los casos el tratamiento fue médico siendo la principal complicación fue la deshidratación (50 %) y solo fallecieron dos pacientes (Paredes, C. 2021).

En concordancia con lo anterior Angulo, et al., 2020 determinaron los factores de riesgo independientes asociados a la mortalidad en pacientes adultos quemados, se incluyeron 3112 pacientes. La mediana del área de SCQ fue del 10 % (3 % - 22 %). El ABSI fue 6, requiriéndose ventilación mecánica en el 60% de los pacientes, con una mediana de duración de 6 días. La mediana de estancia en la unidad fue de 17 días. La mortalidad global fue del 19,9%. La razón de mortalidad general estandarizada fue de 0,99. Finalmente se concluyó que la necesidad de ventilación mecánica (OR 8,80; IC 95% 5,68 - 13,62), edad avanzada (OR 1,07 por año; IC 95% 1,06 - 1,09), superficie corporal total quemada (OR 1,05 por 1%; IC 95% 1,03 - 1,08) y la extensión de las quemaduras de tercer grado (OR 1,05 por 1 %; IC del 95 %: 1,03 - 1,07) fueron factores de riesgo independientes para la mortalidad. (Angulo. M, Aramendi. I, Cabrera. J, et al., 2020)

Siguiendo en la misma línea de investigación, Trochez, et al., caracterizaron clínica y sociodemográficamente a los pacientes quemados de un Hospital de cuarto nivel en Colombia. Revisaron 279 historias clínicas, 62% pertenecientes a pacientes masculinos y edad promedio fue de $32,7 \pm 19,4$ años. La mayoría de las quemaduras fueron térmicas (79,9%). Se encontró relación significativa entre las variables cualitativas sexo vs. grado de profundidad de la quemadura ($p=0,03$), sexo vs. tipo de quemadura ($p=0,00$), edad vs. superficie corporal total quemada (%SCQ) ($p=0,00$), edad vs. estado al egreso ($p=0,00$), %SCQ vs. grado de profundidad de la quemadura

($p=0,00$), y %SCQ vs. estado al egreso ($p=0,00$). (Trochez, J., Galván, I., Mosquera, M; et al., 2022).

Si bien, la prevalencia e incidencia exacta sobre las quemaduras en Venezuela no se conocen en la actualidad, algunas cifras de frecuencia de importancia se presentan de dos artículos científicos. El primero es el realizado por Remón, et al., en el 2001, quienes evaluaron la epidemiología y casuística de las quemaduras en el Hospital Industrial de San Tomé ubicado en Anzoátegui. En dicha investigación se estudiaron un total de 52 pacientes, de los cuales 82,7% eran masculinos. La edad promedio fue de 32 años. En relación a las causas de las quemaduras, 57,7% fueron accidentes laborales, 36,5% por accidentes del hogar y 3,8% como quemaduras debidas a otras causas. El agente etiológico más frecuente fue la llama directa (63,5%). Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones de la piel (25%), la ansiedad (7,7%), y la infección de catéteres intravasculares (5,8%). La *Pseudomona aeruginosa* fue el patógeno aislado con más frecuencia. El 13,5% de los casos estudiados ameritó su traslado a un centro especializado en quemaduras (Remón. W, López. J, González. C, et al., 2001).

El otro estudio epidemiológico de interés fue realizado por Wu y Ramírez en 2010, quienes realizaron un estudio sobre la epidemiología de las quemaduras, mediante el estudio de una década de ocurrencia (2000-2009) en el Hospital José María Bengoa de Sanare ubicado en el estado Lara. En este sentido, revisaron 60 historias médicas de pacientes con diagnóstico de ingreso y egreso de quemadura de los cuales 52% de la muestra eran masculino y 48% femenino. El rango de edades estuvo comprendido entre 0,5 años y 70 años, con un promedio de 14,16 años; el lugar de ocurrencia más frecuente fue la cocina. El 98% de las quemaduras fue por agente físico, dentro de las cuales el más frecuente fue por agua caliente. El 90% de las quemaduras fueron de segundo grado. El 61% de los pacientes presentaron

quemaduras de grado severo por ABA y 71,6% recibió penicilina cristalina profiláctica (Wu. H, Ramírez. J; 2010).

En relación a lo antes expuesto, se puede inferir que los datos epidemiológicos son importantes para el diseño de políticas de salud dirigidas a la atención de los pacientes con quemaduras, sin embargo, la Unidad de quemados del Hospital Ruiz y Páez no cuenta con datos fidedignos actualizados sobre pacientes adultos quemados, además, se han publicado pocos estudios epidemiológicos en Venezuela que resalte la incidencia de esta casuística es por ello que se propone en este proyecto determinar la incidencia de pacientes adultos en la Unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

JUSTIFICACIÓN

Desde un punto de vista global, las lesiones por quemaduras son un creciente problema de salud pública puesto que tiene múltiples implicaciones a nivel físico, psicológico, social y económico. Además, es una causa de morbimortalidad prevenible, principalmente en los países de bajos y medianos ingresos registrando más del 95% del total de las muertes. La semiología y los resultados de las quemaduras difieren significativamente entre las diferentes regiones del mundo (Narváez. L, Pérez. R; 2020) (Gallegos. P, Argüello. T, Real. R, Trujillo. O; 2019).

El paciente quemado constituye actualmente uno de los escenarios médico-quirúrgicos más complejos e involucra la participación de múltiples especialidades. Desde la segunda mitad del siglo XX se han logrado grandes avances en el tratamiento de esta patología, lo que ha reducido la mortalidad en todos los grupos etarios y ha generado una mayor demanda al sistema de salud (Arriagada, C. 2017). Por la complejidad de estos pacientes debe ser tratado de manera continua, lo que implica que un equipo multidisciplinario proceda de forma eficiente y permita la integración de los conocimientos, habilidades, destrezas para brindar atención a las necesidades individuales del paciente gran quemado (Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017).

El Hospital Ruiz y Páez, es un centro que cuenta con capacidad resolutive para el tratamiento de enfermedades de alta complejidad entre ellas las quemaduras, ya que además cuenta con una Unidad de Quemados la cual fue fundada en 1998 inicialmente dirigida únicamente para la población infantil, sin embargo; desde 2012 se amplió la atención a los adultos.

Desde entonces, no se ha realizado una actualización epidemiológica sobre casuística de las quemaduras en este grupo de pacientes, por lo que este estudio tiene la finalidad de determinar la incidencia de quemaduras en pacientes adultos en la Unidad de quemados del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la incidencia de pacientes adultos en la Unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas (edad, sexo, procedencia) de los pacientes adultos admitidos en la Unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.
2. Precisar agente causal de las quemaduras (térmico, eléctrico, químico o radioactivo) de los pacientes adultos admitidos en la Unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.
3. Clasificar las quemaduras según extensión y profundidad de los pacientes adultos admitidos en la unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.
4. Especificar localización anatómica de las quemaduras de los pacientes adultos admitidos en la Unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

5. Detallar el tipo de tratamiento empleado (médico o quirúrgico) en pacientes adultos admitidos en la unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

6. Precisar tratamiento antibiótico de inicio y tiempo de empleo del mismo en pacientes adultos admitidos en la Unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio

Este estudio fue de tipo retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

Universo

Estuvo conformado por todos los pacientes admitidos en la Unidad de quemados del Complejo Hospitalario “Ruíz y Páez”, durante el periodo febrero 2012-febrero 2022.

Muestra

Estuvo constituida por 385 pacientes adultos admitidos en la Unidad de quemados del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez durante el periodo febrero 2012-febrero 2022 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Criterios de inclusión

- Registros de pacientes mayores de 18 años.
- Registros de pacientes con quemaduras de cualquier grado y etiología que hubieran ingresado a la Unidad de Quemados del Hospital.

Criterios de exclusión

Historia de pacientes que no permitieron la realización del examen físico inicial, o que firmaron alta voluntaria en cualquier momento durante la atención

medica realizada en la institución, o que no aceptaron el tratamiento médico u hospitalización.

Historia de pacientes con patología crónica y/o enfermedad mental.

Pacientes cuyas historias clínicas incompletas o mal llenadas.

Variables

Las variables que se estudiaron y tabularon fueron: grupo etario, sexo, agente causal de la quemadura, % de superficie corporal quemada, grado de la quemadura, terapia aplicada, terapia antimicrobiana de inicio, evolución y mortalidad.

Procedimientos para la recolección de datos

Solicitud de autorización para realización de trabajo de investigación: Se elaboró una carta dirigida al Coordinador del Registro de Estadísticas y Salud del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, (Apéndice A), así como al Jefe de la Unidad de Quemados (Apéndice B) con el fin de solicitar la autorización para la realización del trabajo de investigación.

Realización del instrumento: Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se realizó un instrumento de recolección de datos sociodemográficos y epidemiológicos (Apéndice C) que fue llenado con los datos obtenidos de la revisión de historias, el cual constó de datos como: edad, genero, procedencia, agente causal de la quemadura, porcentaje de superficie corporal quemada, grado de severidad, tratamiento y estancia hospitalaria; el cual nos permitió obtener la información requerida y que fuera estadísticamente relevante.

Análisis Estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias simple utilizando valores absolutos y porcentuales; realizados con el programa Microsoft Excel® 2021 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas de los pacientes adultos, admitidos en la Unidad de Quemados del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, se determinó que el grupo etario predominante fue el de 18 a 25 años, con un 26,23% (n=101/385), seguidamente del grupo etario de 26 a 33 años con un 24,94% (n=96/385) y, en tercer lugar, el grupo de 34 a 41 años con un 15,32% (n=59/385) de los afectados. Referente al sexo, los masculinos representaron el 75,32% (n=290/385) de los pacientes afectados y el femenino el 24,68% (n=95/385). En relación a la procedencia, el 83,64% (n=322/385) de los pacientes eran procedentes del Estado Bolívar, en segundo lugar, el 6,23% (n=24/385) eran procedentes del Estado Anzoátegui y, en tercer lugar, el 2,86% (n=11/385) eran procedentes del Estado Delta Amacuro (Ver tabla 1)

En relación al agente causal más común, se evidenció que un 43,64% (n=168/385) presentó quemaduras producidas por hidrocarburos (gasolina), seguidamente de aquellos representaron quemaduras por fuego directo en un 20,26% (n=78/385) y, en tercer lugar, aquellos que presentaron quemaduras por electricidad con un 15,06% (n=58/385) de la muestra. (Ver tabla 2)

Referente a las quemaduras según su extensión y profundidad, se pudo observar qué, el 28,31% (n=169/385) de los pacientes presentó quemaduras con una extensión de SCQ del 16-30%; seguidamente, aquellos que presentaron una extensión de SCQ entre un 30-45% con un 20,52% (n=79/385) de los casos y, en tercer lugar, aquellos que presentaron un porcentaje de 46-60% de SCQ con un 18,70% (n=69/385) de los pacientes. Referente a su profundidad, se determinó que el 52,73% (n=203/385) de estos pacientes presentaron quemaduras de III grado, el 47,27% (n=182/385) presentó

quemaduras de II grado superficial y, en tercer lugar, se encontraron aquellos con quemaduras de II grado profundo en un 39,48% (n=152/385). (Ver tabla 3)

En relación a las quemaduras según su localización, se determinó que el 85,97% (n=331/385) de estos pacientes presentaron quemaduras en miembros superiores, seguidamente aquellos que presentaron quemaduras en miembros inferiores representando el 67,53% (n=260/385) y, en tercer lugar, aquellos con quemaduras en lugares especiales como manos, pies, cara, ojos, perineo o genitales, representando el 67,01% (n=258/385) de la muestra. (Ver tabla 4)

Con respecto al tratamiento empleado, se observó que el 80,78% (n=311/385) de estos pacientes fueron tratados con tratamiento médico/quirúrgico. Respecto al tipo de tratamiento utilizado, el 86,75% (n=334/385) de estos pacientes se les realizó escarectomía + autoinjerto, seguidamente de aquellos a los que se les realizó escarectomía sola en un 7,53% (n=29/385), en tercer lugar, aquellos a los que solo se le realizó autoinjerto en un 3,90% (n=15/385) y, por último, aquellos a los que se le realizó reepitelización con sulfadiazina de plata en un 1,82% (n=7/385). (Ver tabla 5)

Referente a los pacientes quemados y la antibioticoterapia de inicio, se determinó que el 65,19% (n=251/385) de los pacientes recibió oxacilina como antibiótico principal, seguidamente de Cefotaxima en un 40,52% (n=156/385) y, en tercer lugar, se empleó la ciprofloxacina en un 35,06% (n=135/385) de los casos (Ver tabla 6)

Por último, en relación a los pacientes con quemaduras y su evolución durante su estancia hospitalaria, se determinó que el 69,35% (n=267/385) de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados tuvieron un egreso favorable (sanos), mientras que el 30,65% (n=118/385) restante, tuvo un egreso desfavorable (muerte). (Ver tabla 7)

Tabla 1

Características sociodemográficas de los pacientes adultos admitidos en la Unidad de Quemados. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

Características sociodemográficas	Total (n=385; 100%)	
Edad	n	%
18-25 años	101	26,23
26-33 años	96	24,94
34-41 años	59	15,32
42-49 años	55	14,29
50-57 años	37	9,61
58-65 años	19	4,94
>65 años	18	4,68
Subtotal	385	100
Sexo	n	%
Masculino	290	75,32
Femenino	95	24,68
Subtotal	385	100
Procedencia	n	%
Bolívar	322	83,64
Anzoátegui	24	6,23
Delta amacuro	11	2,86
Monagas	7	1,82
Sucre	7	1,82
Bolívar	4	1,04
Aragua	2	0,52
Trujillo	2	0,52
Caracas	1	0,26
Portuguesa	1	0,26
Nueva Esparta	1	0,26
Guárico	1	0,26
Lara	1	0,26
Miranda	1	0,26
Subtotal	385	100

Fuente: Ficha de recolección de datos del autor.

Tabla 2

Agente causal de las quemaduras en pacientes adultos admitidos en la Unidad de Quemados. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

Etiología de la quemadura	Total (n=385; 100%)	
	n	%
Gasolina	168	43,64
Fuego directo	78	20,26
Eléctrica	58	15,06
Gas doméstico	42	10,91
Escaldadura	29	7,53
Aceite caliente	5	1,30
Fricción	3	0,78
Metal caliente	2	0,52
<i>Subtotal</i>	385	100

Fuente: Ficha de recolección de datos del autor.

Tabla 3

Quemaduras según extensión y profundidad, en pacientes adultos admitidos en la Unidad de Quemados. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

Característica	Total (n=385; 100%)	
Extensión de SCQ	n	%
0-15%	69	17,92
16-30%	109	28,31
31-45%	79	20,52
46-60%	72	18,70
>60%	56	14,55
Subtotal	385	100
Profundidad	n	%
I grado	7	1,82
II grado superficial	182	47,27
II grado profundo	152	39,48
III grado	203	52,73
IV grado	25	6,49
Subtotal	569	148

Fuente: Ficha de recolección de datos del autor.

Tabla 4

Quemaduras según localización, en pacientes adultos admitidos en la Unidad de Quemados. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

Localización	Total (n=385; 100%)	
	n	%
Miembros superiores	331	85,97
Miembros inferiores	260	67,53
Lugares especiales*	258	67,01
Torax	198	51,43
Abdomen	135	35,06

*Lugares especiales (manos, pies, cara, ojos, perineo o genitales)

Fuente: Ficha de recolección de datos del autor.

Tabla 5

Quemaduras según tratamiento empleado, en pacientes adultos admitidos en la Unidad de Quemados. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

Característica	Total (n=385; 100%)	
Tratamiento empleado	n	%
Médico + Quirúrgico	311	80,78
Tipo de tratamiento	n	%
Reepitelización con sulfadiazina de plata	7	1,82
Escarectomía	29	7,53
Escarectomía + Autoinjerto	349	90,65
Subtotal	385	100

Fuente: Ficha de recolección de datos del autor.

Tabla 6

Quemaduras según antibioticoterapia de inicio, en pacientes adultos admitidos en la Unidad de Quemados. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

Antibiótico de inicio	Total (n=385; 100%)	
	n	%
Oxacilina	251	65,19
Ceftazidime	156	40,52
Ciprofloxacina	135	35,06
Clindamicina	33	8,57
Ceftriaxona	29	7,53
Vancomicina	26	6,75
Cefalotina	21	5,45
Meropenem	7	1,82
Imipenem	4	1,04

Fuente: Ficha de recolección de datos del autor.

Tabla 7

Quemaduras según evolución, en pacientes adultos admitidos en la Unidad de Quemados. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Periodo febrero 2012- febrero 2022.

Evolución	Total (n=385; 100%)	
	n	%
Egreso favorable (sanos)	267	69,35
Egreso desfavorable (muertos)	118	30,65
<i>Subtotal</i>	385	100

DISCUSIÓN

Las quemaduras representan una de las lesiones más devastadoras para el ser humano, tanto por su frecuencia como por su potencial para causar discapacidad y muerte. A nivel mundial, se estima que millones de personas sufren quemaduras graves cada año, lo que requiere atención médica especializada y a menudo resulta en hospitalizaciones prolongadas.

En países en desarrollo, las quemaduras son comúnmente causadas por accidentes en el hogar, especialmente en la cocina, y afectan desproporcionadamente a niños y mujeres. La prevención, el tratamiento oportuno y la rehabilitación integral son esenciales para mejorar los resultados y reducir las secuelas a largo plazo de estas lesiones. Por lo tanto, la epidemiología de las quemaduras es un campo vital que aborda la distribución, las causas y la prevención de estas lesiones en diferentes poblaciones, con el objetivo de implementar estrategias efectivas para su manejo y reducción.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en un periodo de diez años (2012-2022), el cual incluyó a 385 pacientes adultos quemados, con criterios de hospitalización, en la Unidad de Quemados del Complejo Hospitalario Universitario "Ruíz y Páez", en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Se determinó que el grupo etario de mayor incidencia fue el de 18-25 años, con un 26,23% de la muestra, seguidamente del grupo etario de 26 a 33 años con un 24,94%. El sexo masculino predominó sobre el femenino en un 75,32%, y el 83,64% eran procedentes de la localidad.

Estos resultados se asemejan un poco a los reportados por Paredes (2022), el cual reportó que en su medio el 36,98% de sus pacientes tenían edades comprendidas

entre el 20-60 años, donde 53,43% pertenecían al sexo masculino. Por su parte, Trochez, et al., (2022) reportaron que el 62% de las quemaduras en su medio eran pertenecientes a pacientes masculinos, con una edad promedio de edad promedio fue de $32,7 \pm 19,4$ años, lo cual concuerda con los datos obtenidos en el presente estudio. García (2019) describió que el 76,8% de los pacientes quemados en su estudio eran hombres, y que el 42,9% de ellos contaba con rango de edades entre 21-40 años, lo que concuerda con lo reportado en este trabajo de investigación.

En relación al agente causal más común, se evidenció que un 43,64% de los pacientes presentó quemaduras producidas por hidrocarburos (gasolina), seguidamente de aquellos representaron quemaduras por fuego directo en un 20,26% y, en tercer lugar, aquellos que presentaron quemaduras por electricidad con un 15,06%. Estos resultados difieren de García (2019), Paredes (2022) y Trochez, et al., (2022), los cuales cada uno reportó en sus estudios que la etiología de las quemaduras más frecuente fue: las quemaduras por fuego directo 51,8%; quemaduras por escaldaduras 43,84%; y quemaduras térmicas 79,9%, contrastando por el principal mecanismo de producción de las quemaduras en este estudio, que fueron los hidrocarburos como la gasolina.

Relacionado a la extensión de las lesiones, se determinó que el 28,31% de los pacientes presentó quemaduras con una extensión de SCQ del 16-30%, siendo este el grupo predominante en este estudio, seguidamente de aquellos que presentaron una extensión de SCQ entre un 30-45% con un 20,52% de los casos y, en tercer lugar, aquellos que presentaron un porcentaje de 46-60% de SCQ con un 18,70%. Referente a la profundidad de las quemaduras, se pudo observar que el 52,73% de estos pacientes presentaron quemaduras de III grado, el 47,27% presentó quemaduras de II grado superficial y, en tercer lugar, se encontraron aquellos con quemaduras de II grado profundo en un 39,48%. Estos resultados se asemejan ligeramente a los de García (2019), el cual evidenció que en su medio el % de SCQ predominante estuvo

entre el 11-20% de SCQ, en un 41,1%. A su vez, reportó que el 66,1% de sus pacientes presentó quemaduras de III grado, lo que concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación. Por su parte, Polo (2023) determinó que 42% de sus pacientes presento un promedio de $\pm 25\%$ de SCQ, lo que también se asemeja a lo observado en esta investigación. Sin embargo, contrastan con Paredes (2022), donde el 32,87% de sus pacientes presentaron una extensión de SCQ de entre el 4-7%.

Referente a las quemaduras según su localización, en el presente estudio se determinó que el 85,97% de estos pacientes presentaron quemaduras en miembros superiores, seguidamente aquellos que presentaron quemaduras en miembros inferiores representando el 67,53% y, en tercer lugar, aquellos con quemaduras en lugares especiales (manos, pies, cara, ojos, perineo o genitales), representando el 67,01% de la muestra. Paredes (2022) refiere que el 46,58 % de los pacientes en su medio recibió quemaduras de localización múltiple, sin embargo, no hace distinción en cuanto a los sitios específicos afectados. Muchas veces los pacientes gran quemados comprenden múltiples áreas de quemadura, por lo que se hace más cómodo clasificarlos por %SCQ que indicar el sitio de quemadura mas afectado.

En relación al tratamiento empleado, el 80,78% de estos pacientes fueron tratados con tratamiento médico/quirúrgico, de los cuales al 86,75% de estos pacientes se les realizó escarectomía + autoinjerto. Estos datos difieren de los observados por Paredes (2022), el cual reportó que, en su medio, en el 49,31% de los casos, el tratamiento fue meramente médico. Por su parte, García (2019) hace referencia a que el 42,9% de los pacientes en su medio fue intervenido quirúrgicamente entre 1 y 3 veces.

Se determinó que, en cuanto a la antibioticoterapia de inicio de elección, La Oxacilina sódica fue la más utilizada en un 65,19% de los casos, seguidamente de cefalosporinas de 3ra generación anti-pseudomonas, como la Ceftazidima, en un

40,52% y, en tercer lugar, la Ciprofloxacina en un 35,06%. Estos resultados concuerdan con lo observado en el trabajo de Rodríguez, A., Riskey, M. (2022) quienes refieren que el 72% de sus pacientes utilizaron la oxacilina sódica como antibioticoterapia profiláctica. Wu y Ramírez 2010, reportaron que el 71,6% de los pacientes en su medio recibió penicilina cristalina profiláctica, la cual, si bien no es oxacilina específicamente, es un antibiótico con buena cobertura a bacterias gram positivas y algunos anaerobios. También concuerdan con los estudios de Nieto de Vargas. V., Quintero, O., Pereira, C., et al., (2008) los cuales hacen referencia a la capacidad de una quemadura a progresar habitualmente a una infección bacteriana, y que en su mayoría, los gérmenes involucrados casi siempre son gram positivos pertenecientes a la flora habitual de la piel, como el *Staphylococcus aureus* el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente, el *Staphylococcus coagulasa* negativo y *Enterococcus* spp, y posterior a los siete días, empieza a colonizarse por bacterias negativas, entre ellas *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* spp, *Proteus* spp, *Serratia marcescens* y, por último, *Acinetobacter* spp, por lo que es necesario la implementación de antibioticoterapia dirigida hacia estas especies oportunistas.

Relacionado a los pacientes con quemaduras y su evolución durante su estancia hospitalaria, se determinó que el 69,35% de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados tuvieron un egreso favorable (sanos), mientras que el 30,65% restante, tuvo un egreso desfavorable (muerte). Estos resultados se asemejan a los de Polo (2023), el cual reportó que en su medio la mortalidad por quemaduras fue del 42%, lo cual indica una alta tasa de defunciones por quemaduras en ambos medios. Por su parte, Angulo., et al. (2023) reportaron que la mortalidad global en su medio fue del 19,9%, lo cual es una cifra significativamente mejor que la evidenciada en el presente estudio.

Dentro de las limitaciones a las cuales se enfrentó el presente estudio, se encontró el mal llenado de las historias clínicas, las cuales contenían información incompleta y, en algunos casos, se encontraban almacenadas en mal estado, haciendo que fuera imposible e ilegible el acceso a la información que estas contenían, por lo que puede haber sesgos en la interpretación final de los resultados.

CONCLUSIONES

El grupo etario con mayor incidencia fue el de 18-25 años.

El género masculino prevaleció sobre el femenino.

La mayoría de los pacientes quemados eran procedentes de la localidad.

Las quemaduras por gasolina representaron la causa más frecuente de quemaduras en los pacientes adultos hospitalizados.

Dos quintas partes de los pacientes hospitalizados por quemaduras, tenían entre el 16-30% de superficie corporal quemada, siendo estos el grupo predominante.

Las quemaduras de III grado fueron las de mayor frecuencia.

Los miembros superiores fueron la zona corporal más frecuentemente quemada en mas de cuatro quintas partes de la muestra.

El tratamiento médico/quirúrgico fue el de elección en la mayoría de los casos. La escarectomía con autoinjerto fue el procedimiento más frecuentemente realizado.

El esquema antimicrobiano endovenoso más utilizado fue la Oxacilina sódica, seguidamente de la Ceftazidima y la Ciprofloxacina.

El porcentaje de defunciones de pacientes adultos hospitalizados fue de 30,65%.

RECOMENDACIONES

Coordinar junto con instituciones públicas de salud la realización de campañas de concienciación sobre la prevención de quemaduras en la comunidad. Informar sobre los riesgos y medidas de seguridad, como el uso adecuado de electrodomésticos, manejo de líquidos calientes y precauciones con fuego y productos químicos.

Implementar programas de capacitación para médicos, enfermeras y personal de emergencias en el manejo inicial de pacientes quemados, ya que la atención temprana es crucial para reducir las complicaciones.

Establecer centros y unidades de quemados con personal especializado y recursos adecuados, los cuales cumplan con criterios específicos, como tener un mínimo de camas y un número anual de ingresos.

Realizar investigaciones epidemiológicas con el fin de comprender las causas y patrones de quemaduras en la población local y así utilizar estos datos para adaptar las estrategias de prevención.

Acceso a la atención médica: garantizar que los pacientes quemados tengan acceso rápido a atención médica de calidad. Esto incluye transporte eficiente y coordinación entre servicios de emergencia y hospitales.

Proporcionar programas de apoyo emocional a pacientes y familiares, con el fin de garantizar una rehabilitación física y psicológica, la cual es fundamental para la recuperación integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angulo, M., Aramendi, I., Cabrera, J., Burghi, G.2020. Análisis de la mortalidad de pacientes adultos quemados en Uruguay. Rev. bras. ter. Intensiva [Serie en línea] 32 (1):43-48. Disponible: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/dJswTbG6D5hRKpM7MDsDHdq/?lang=en> [Junio,2023]
- Arriagada, C. 2017. Manejo multidisciplinario del gran quemado. Re Med Clinic Los Andes [Serie en línea] 27(1):38-41 Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401600079#bib0035> [Junio,2023]
- Barrionuevo, D., Flores, M. 2020.Complicaciones de quemaduras eléctricas en pacientes hospitalizados [Tesis de grado]. Carrera De Medicina. Facultad De Ciencias De La Salud. Universidad Nacional De Chimborazo. pp 65 (Multígrafo)
- Benaim, F. 2022.Contribución a la Identificación de las Quemaduras según su Profundidad, Evaluación de su Gravedad (Global y Regional), y a Formular un Diagnóstico y Pronóstico (Presuntivo y Definitivo). RAQ [Serie en línea] 32 (1): 1-10. Disponible: <http://raq.fundacionbenaim.org.ar/vol-32-Abril-2022/RAQ-2022-CLASIFICACION-DE-LAS-QUEMADURAS.pdf> [Junio, 2023]
- Caribe. [Serie en línea] ISSN: 2254-7630. Disponible: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/06/salud-publica-urgencias.html> [Junio,2023]

- Castro, A., Flores, F. 2021. Cuidado integral de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras. [Tesis de grado]. Facultad de Salud y Servicios Sociales. Universidad Estatal de Milagro. pp 44 (Multígrafo)
- Castro, G., Rojas, K., Hernández, V. 2023. Manejo del dolor en el paciente adulto con trauma por quemadura. *Rev Méd Sinergia*. [Serie en línea] 8 (5): e1035.
Disponible: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/1035/2164?inline=1> [Junio, 2023]
- Fernández, Y., Casas, M. 2019. Quemaduras. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. España. 3era Edición. Cap. 21: 1-11.
- Gallegos, P., Argüello, T., Real, R., Trujillo, O. 2019. Epidemiology of the burned pediatric patient at Baca Ortiz Hospital, Quito, Ecuador. *Cir. plást. iberolatinoam*. [Serie en línea] 45(2):197-201 Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922019000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Junio, 2023]
- García, L. 2019. Caracterización, complicaciones y uso del índice de severidad abreviado de las quemaduras (ABSI) en pacientes quemados graves ingresados en el Hospital Dr. Fernando Vélez Paíz. Febrero 2018 - Noviembre 2019. [Tesis de grado] Facultad de ciencias médicas. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. pp 64 (Multígrafo)
- Illescas, J. 2017. Caracterización clínica, microbiológica y epidemiológica de pacientes adultos con quemaduras. [Tesis de grado] Centro

Universitario de Oriente. Universidad de San Carlos de Guatemala. pp 99 (Multígrafo)

Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017. Intervenciones de enfermería para la atención del adulto gran quemado en el tercer nivel de atención. Ciudad de México.

Mendoza, A. 2011, noviembre Estado actual de quemado en Venezuela. [En línea]. Disponible: <https://piel-l.org/blog/23774> [Junio, 2023]

Ministerio de Salud del Perú. 2020. Documento técnico: lineamientos para la prevención y atención integral de personas con lesiones por quemadura. [En línea] Disponible: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1123547/rm-883-2020.pdf> [Junio, 2023]

Muñoz, L., Chancay, A., Benítez, C., Barrera, M. Cirugía reconstructiva en pacientes con quemaduras comparación del grado de complejidad comparación en niños y adultos. Recimundo [Serie en línea] 3 (1):1090-1109. Disponible: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/download/407/605?inline=1> [Junio, 2023]

Narváez, L., Pérez, R. 2020. epidemiología y descripción de costo de pacientes quemados admitidos a una clínica de referencia de la Región Caribe Colombiana en el periodo 2009 A 2018. [Tesis de grado]. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de la Costa. pp 116 (Multígrafo)

Nieto de Vargas. V., Quintero, O., Pereira, C., Fuenmayor, A., Salinas, P., Hernández, M., (2008) Accidentes en el hogar de la población pediátrica registrada en los ambulatorios urbanos e instituto autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida-Venezuela. 2005. ACADEMIA – Trujillo – Venezuela – ISSN 1690-3226- Julio-Diciembre. VII(14)2008. 77, 8 Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/29786/articulo6.pdf;jsessionid=38C638F75C6A93E38C2C053EE2C65D55?sequence=1>

Organización Mundial para la Salud (OMS). 2018, marzo. Quemaduras. [En línea] Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns> [Junio, 2023]

Paredes, C. 2021. Caracterización clínica epidemiológica de los pacientes hospitalizados por quemaduras en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Redalyc [Serie en línea] 17 (3):1-7 Disponibles: <https://www.redalyc.org/journal/6382/638270030003/638270030003.pdf> [Junio,2023]

Pérez, J., Cárdenas, L., Gonzaga, A. 2022. Quemaduras. Rev Tesla [Serie en línea] 9789(8788). Disponible: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/77> [Junio, 2023]

Polo, S. 2023. Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado en un hospital de tercer nivel de atención del municipio de La Paz. Rev CLI [Serie en línea] 7 (2):7268-7286.

Disponible:

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5882/8911> [Junio,2023]

Quispe, L. 2022. Aspectos clínicos y epidemiológicos de quemaduras por agentes térmicos Complejo Hospitalario PNP Luis Nicasio Saen. [Tesis de grado] Unidad de posgrado. Facultad de medicina humana. Unidad de San Martín de Porres (Multígrafo)

Ramírez, J., Boswijk, K., Morales J.2019. La salud pública y el manejo de quemaduras en urgencias en el marco de la sociedad del conocimiento y la información. Rev.

Remón, W., López., J, González, C, Del Giorno, A., Macias A. 2001. Quemaduras: epidemiología y casuística del Hospital Industrial de San Tomé. Rev venez. cir. [Serie en línea] 54(2):77-82. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-352512> [Junio, 2023]

Rivero, E. 2022. Abordaje global y tratamiento local de quemaduras en adultos: revisión bibliográfica. [Tesis de grado] Unidad Académica de Salud y Bienestar. Universidad Católica de Cuenca. pp 57 (Multígrafo)

Rodríguez, A., Risquez, M. (2022) Incidencia de quemaduras en áreas especiales, en pacientes pediátricos ingresados a la unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. 2011-2021. Trabajo de grado, como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano. UDO Bolívar, Venezuela. pp. 27 [Multígrafo]

- Rodríguez, I., Pérez, E., Chirino, M. .2020.Impact of the burns in infants.[En línea].Disponible:<http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplclass/jvccss2020/paper/viewFile/119/79> [Junio,2023]
- Sánchez., Pérez, L., Gargallo, M., Hernández, B. 2021. Actualización en el tratamiento de las quemaduras. RSI [Serie en línea]. Disponible: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actualizacion-en-el-tratamiento-de-las-quemaduras/>
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actualizacion-en-el-tratamiento-de-las-quemaduras/> [Junio, 2023]
- Tech Education. 2022, julio. Extensión de la quemadura. [En línea] <https://www.techtitute.com/ve/medicina/cursos-medicina-interna/blog/extension-de-la-quemadura> [Junio, 2023]
- Torrealba, L., Torrealba, M., Villagrasa, M., Rorralba, S., Sanz, J., Heredia, V. 2021. Fisiología del paciente quemado. [En línea] Disponible: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/fisiologia-del-paciente-quemado/> [Junio, 2023]
- Tortajada, C, Sancho, R. 2021.clasificación de las quemaduras. Rev Ocronos [Serie en línea] 5 (12): 183. Disponible: <https://revistamedica.com/clasificacion-quemaduras/> [Junio, 2023]
- Trochez, J., Galván, I., Mosquera, M., Pabón, P. 2022. Caracterización de los pacientes atendidos en la unidad de quemados en un centro de cuarto nivel de la ciudad de Santiago de Cali entre enero de 2019 y enero de 2020. Arch Med [Serie en línea] 22(2):299- 307.

Disponible:

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/4503/7499> [Junio,2023]

Wu, H., Ramírez, J. 2010. Epidemiología de quemaduras: estudio de una década en el Hospital “José María Bengoá” de Sanare, Edo. Lara durante el período 2000-2009. *Rev Venez Cir [Serie en línea]* 63 (1):46-51.

Disponible:

<https://www.revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/191> [Junio,2023]

Yakupu, A., Zhang, J., Dong, W. et al. 2022. La característica epidemiológica y las tendencias de las quemaduras a nivel mundial. *BMC Public Health [Serie en línea]* 22 (1596):1-16. Disponible: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13887-2> [Junio,2023]

APENDICES

Apéndice A



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Battistini Casalta"
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Departamento de registro y estadística de la Unidad de quemados

Ciudadano:

Dr. Luis Pereira

Jefe del Departamento de Registro y Estadística de Salud de la Unidad de quemados

Reciba un cordial saludo, por medio de la presente solicitamos ante usted el permiso necesario para hacer uso de las historias clínicas de su servicio para la recolección de datos para mi trabajo de grado titulado: **INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ EN CIUDAD BOLIVAR. PERIODO FEBRERO 2012- FEBRERO 2022**, a cargo del Tutor **Dr Alfredo Martínez** y como Tesistas María Guillen y Emma Herrera como requisito para obtener el Título de Médico Cirujano.

Sin otro particular y esperando su consideración, me despido.

ATENTAMENTE:

María Guillen

Br. María Guillen
TESISTA

Emma Herrera

Br. Emma Herrera
TESISTA

Dr. Alfredo Martínez
TUTOR

Apéndice B

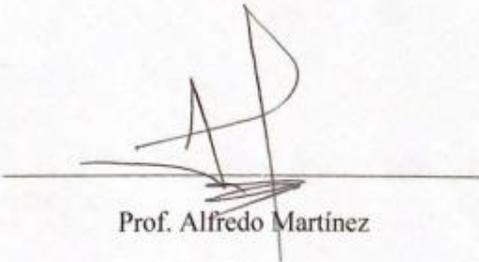
Ciudad Bolívar, 27 de julio del 2023

Msc. Ivan Amaya
Jefe de Comisión de Trabajo de Grado.
Presente-

Por medio de la presente me dirijo a usted en calidad de Asesor del trabajo de grado titulado "INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ EN CIUDAD BOLIVAR. PERIODO FEBRERO 2012- FEBRERO 2022" presentado por los bachilleres María Verónica Guillén CI: 25.932.191 y Emma Herrera CI: 25.695.854, después de haber revisado y realizado las correcciones que fueron necesarias le doy el aval a las bachilleres para que introduzcan su anteproyecto.

Sin otro particular a que hacer referencia, se despide de usted,

Atentamente.



Prof. Alfredo Martínez

CI: 5.874.447

Médico de la unidad de quemados

Departamento de Cirugía

Escuela Ciencias de la Salud. UDO Bolívar

Apéndice C



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO CIRUGIA

INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ EN CIUDAD BOLIVAR. PERIODO FEBRERO 2012- FEBRERO 2022

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre y apellido:							
Edad:		Sexo:		Procedencia:			
Agente causal de la quemadura:							
% de superficie corporal quemada:							
Área especial quemada más afectada:							
Cara:		Manos:		Pies:		Genitales:	
Grado de la quemadura:							
Hospitalización:						Ambulatorio:	
Estancia hospitalaria:							
Tratamiento:							

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ EN CIUDAD BOLIVAR. PERIODO FEBRERO 2012-FEBRERO 2022
---------------	--

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Guillen Cabeza María Verónica	CVLAC: 25.932.191 E MAIL: mariavgcdg@gmail.com
Herrera Dieguez Emma Montserrat	CVLAC: 25.695.854 E MAIL: emmaudo1996@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Incidencia, Quemaduras, Pacientes adultos.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de cirugía	Unidad de quemados

RESUMEN (ABSTRACT):

Las quemaduras se definen como una lesión de tejidos orgánicos producidos por la acción de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo, que ocasionan alteraciones estructurales que van desde un eritema hasta la devastación absoluta de las mismas. Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 180.000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano (LMIC). **Objetivo:** se centró en determinar la incidencia de pacientes adultos en la Unidad de quemados del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, en Ciudad Bolívar, durante el periodo febrero 2012 - febrero 2022. **Metodología:** retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. **Muestra:** estuvo representada por 385 pacientes adultos que ingresaron a la Unidad de Quemados del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez” durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se determinó que el grupo etario más afectado fue el de 18-25 años en un 26,23%, del sexo masculino 75,32%, procedentes del estado Bolívar 83,64%. La etiología más frecuente fue la quemadura por gasolina en un 43,64%. Según el área afectada, 28,31% tuvieron entre el 16-30% de superficie corporal quemada. 52,73% fueron quemaduras de III grado. La zona más afectada fueron los miembros superiores en un 85,87% de los casos. El tratamiento médico/quirúrgico fue el más utilizado en un 80,87%. La terapia aplicada más común fue la escarectomía + autoinjerto en un 86,75%. La terapia antimicrobiana de inicio más utilizada fue la Oxacilina en un 65,19%. El 30,65% de los pacientes fallecieron durante su estancia hospitalaria. **Conclusión:** Se determinó que la incidencia total de pacientes adultos hospitalizados por quemaduras fue de 385 en un periodo de diez años.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Dr. Alfredo Martinez	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
	CVLAC:	5.874.447			
	E_MAIL	alfredoj.m.n@hotmail.com			
	E_MAIL				
Dr. Lino Fueamayor	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	18.477.548			
	E_MAIL	linofuemayor@ gmail.com			
	E_MAIL				
Dr. Ernesto Mathinson	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	manthinsone@ gmail.com			
	E_MAIL	5.557.454			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024 AÑO	06 MES	18 DÍA
--------------------	------------------	------------------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis incidencia de px adultos en la udad de quemados CHURYP en cdad bol feb 2012 feb 2022	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Unidad de quemados. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Municipio Agostura del Orinoco, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Signature]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLANOS CUNEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario “

AUTOR(ES)

Maria Verónica Guillén
Br. GUILLEN CABEZA MARIA VERONICA
C.I. 25932191
AUTOR

Emma Montserrat
Br. HERRERA DIEGUEZ EMMA MONTSERRAT
C.I. 25695854
AUTOR

JURADOS

Alfredo Martínez
TUTOR: Prof. ALFREDO MARTINEZ
C.I.N. 5874.447

EMAIL: Alfredo.j.m.d.@hotmail.com

Ernesto Mathinson
JURADO Prof. ERNESTO MATHINSON
C.I.N. 5537159

EMAIL: mathinson.ernesto@gmail.com

Lino Buenmayor
JURADO Prof. LINO BUENMAYOR
C.I.N. 68123418

EMAIL: linobuenmayor@gmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez de Cabello Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976