

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



=====

**“GRANDES QUEMADOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO 2016”**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE ACADEMICO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

TESISTA: JORGE GIOVANNY BURGOS MIRANDA
ASESORA: Mg. MÓNICA RICARDINA ESPINOZA NARCISA

HUÁNUCO- PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por permitirme culminar este grado académico.

A mis padres Jorge y Olga que con su amor y guía me apoyaron para que pueda desarrollarme profesionalmente.

A mi amada esposa Cecilia por todo su apoyo y sacrificio.

A mis hijos Giovanni David y María Alexandra, que son la fuente de mi superación.

AGRADECIMIENTO

Al personal médico asistencial, residentes de la Unidad de Quemados y personal administrativo del hospital Daniel A. Carrión del Callao quienes colaboraron en la culminación de este trabajo de investigación.

A los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados, quienes dieron su consentimiento informado para llevarse a cabo este estudio de investigación.

A la Magister. Mónica Espinoza Narcisa, por su ayuda valiosa, consejos, opiniones y disponibilidad en la asesoría, proceso, desarrollo de la presente investigación

RESUMEN

A raíz de una conferencia de consenso de la ABA donde se describen nuevos criterios de sepsis en grandes quemados y dejando de usar los criterios clásicos del SIRS, fue imprescindible mi estudio científico para conocer la situación epidemiológica actual, e identificar las diferentes variables de los pacientes con grandes quemaduras con y sin sepsis, de este modo contribuir a la seguridad del paciente hospitalizado. Para lo cual como pregunta general: ¿ De qué manera los grandes quemados se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016?.

Estudio de investigación: No experimental descriptivo correlacional, de corte transversal. **Instrumento de recolección de datos:** Historias clínicas, con **Muestra** por conveniencia del investigador no probabilística de 31 pacientes con y sin sepsis. **Los resultados:** Que efectivamente existe una relación alta con un valor de 0.781 entre grandes quemados con la seguridad del paciente **Conclusión:** Existe una relación muy alta de grandes quemados **50% y > de 50%**, se relaciona con **muerte, por Tiempo de demora en la atención, etiología de la quemadura, las Infecciones intrahospitalarias y por grupo etareo.**

Palabras clave: Grandes quemaduras, seguridad del paciente, sepsis.

SUMMARY

Following an ABA consensus conference where new sepsis criteria are described in large burns and not using the classic SIRS criteria, my scientific study was essential to know the current epidemiological situation, and to identify the different variables of the patients. with large burns with and without sepsis, thus contributing to the safety of the hospitalized patient. For which as a general question: How are the large burns related to the safety of the hospitalized patient in the burn service of the National Hospital Daniel Alcides Carrión Callao 2016 ?. Research study: Non-experimental descriptive correlational, cross-sectional. Data collection instrument: Clinical histories, with Sample for convenience of the non-probabilistic investigator of 31 patients with and without sepsis. The results: That there is indeed a high ratio with a value of 0.781 between large burns and patient safety Conclusion: There is a very high ratio of large burns 50% and > 50%, is related to death, by Time of delay in attention, etiology of the burn, intrahospital infections and by age group.

Key words: Great burns, patient safety, sepsis.

INTRODUCCIÓN

En una publicación donde se describen los criterios actuales de Sepsis específicamente en grandes quemados, la calificación de un paciente gran quemado como séptico o no es muy diferente y nos da una mejor determinación de Sepsis en un quemado y por lo tanto daría una mejor determinación de sus factores de riesgo asociados. Además, se recalca la importancia de definir correctamente a un paciente como séptico o no debido a que el comportamiento de esta entidad es distinta en pacientes quemados con respecto a otros pacientes críticos.(1)

A la fecha no hay estudios sobre Sepsis en grandes quemados que utilicen estos nuevos criterios, por lo que representan un nuevo vacío en las investigaciones al respecto. La aplicación de estos nuevos criterios variará la prevalencia y los factores de riesgo asociados en este tipo peculiar de población, representando una nueva determinación para esta patología.(2)

La investigación para su desarrollo se constituye en los siguientes capítulos:

Capítulo I: El problema de investigación, se redacta el problema general los problemas específicos, se plantean el objetivo general y los problemas específicos, se formula la hipótesis general y las específicas, se justifica el trabajo y se identifican sus variables.

Capítulo II: Marco Teórico conceptual, con los antecedentes internacionales y nacionales relacionados al tema, así como las bases teóricas para cada variable de estudio.

Capítulo III: Marco Metodológico: tipo, nivel, diseño, población, muestra de estudio, técnicas de recolección de los datos.

Capítulo IV: Resultados con cuadros y gráficos con su respectivo análisis de las variables independiente y dependiente,

Capítulo V: Discusión de resultados teniendo en cuenta la contrastación de la hipótesis general,

Conclusiones y Sugerencias de acuerdo a sus objetivos, para finalmente considerar las referencias Bibliográficas y anexos.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
SUMMARY.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO I	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. Descripción del problema.....	¡Error! Marcador no definido.2
1.2. Formulación del problema.....	15
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3. Objetivo general y objetivos específicos	16
1.4. Hipótesis y/o Sistemas de hipótesis:.....	17
1.5. Variables	18
1.6. Justificación e importancia	20
1.7. Viabilidad	21
1.8. Limitaciones	22
CAPÍTULO II	23
MARCO TEÓRICO	23
2.2. Bases teóricas	23
2.1. Antecedentes:.....	23
2.1.1.A nivel Internacional.....	23
2.1.2.A nivel nacional.....	25
2.2. Marco Conceptual.....	38
2.2.1.Grandes quemados	39
2.2.2.Factores de riesgo para sepsis	42
2.2.4 Definición de términos.....	42
2.3.Bases Epistémicos.....	43
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLOGICO.....	45
3.1Tipo de investigación	45
3.1.1.Observacional.....	45
3.1.2.Descriptivo.....	45

VIII

3.2 Diseño y esquema de la investigación.....	46
3.3 Población y muestra.....	47
3.3.1.Población.....	47
3.3.1.1.Criterios de inclusión.....	47
3.3.1.2.Criterios de exclusión.....	47
3.3.2.Tamaño de muestra.....	48
3.4 Tecnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
3.4.1 Fiabilidad y validez del cuestionario.....	49
3.4.2 Procedimientos de recolección de datos.....	50
3.5.Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	51
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN.....	1
ESCUELA DE POSGRADO.....	1
DEDICATORIA.....	2
CAPÍTULO I.....	11
1.4 Hipótesis General.....	14
Hipótesis Específicos.....	14
1.5 Variables.....	15
Dimensiones:.....	15
Operacionalización de variables.....	16
1.6.2 De carácter metodológico.....	17
1.6.3. De carácter teórico.....	17
EN CUANTO AL ENFOQUE.....	17
1.7. VIABILIDAD DEL ESTUDIO.....	18
1.8. LIMITACIONES.....	19
CAPITULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. ANTECEDENTES.....	20
2.1.2 A nivel latinoamericano.....	23
2.1.3 Fundamentos.....	24
3.3.5 DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	25
3.5 Bases epistémicos.....	26
CAPITULO III METODOLOGIA.....	27
4.1. Descripción del trabajo de campo.....	27
4.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	28
El diseño de investigación es no experimental, porque las variables no serán sometidas a ningún experimento.....	28

Población:	29
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
CRITERIOS DE EXCLUSION	29
TAMAÑO DE MUESTRA.....	30
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
La Fiabilidad y Validez del cuestionario	30
4.4 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de los resultados. 31	
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO 2016.....	33
Interpretación:.....	33
GRAFICO N°3	34
Interpretación:.....	34
GRAFICO N°4	35
Se concluye: El fuego directo es el agente etiológico más frecuente.....	35
GRAFICO N°5	36
GRAFICO N°6	37
Se concluye: la población económicamente activa es la mas afectada que esta entre 25 años a 44 años activamente laborando.....	37
GRAFICO N°7	38
Se concluye: La sepsis se presenta en un grupo vulnerable que es de los 45 a 64 años.....	38
Se concluye: que los obreros están mas expuestos a sufrir grandes quemaduras.....	40
LUGAR OCURRENCIA DE QUEMADURA DE PACIENTES GRAN QUEMADOS	40
Se concluye: Que los trabajadores se exponen a sufrir quemaduras en mayor porcentaje.	40
Interpretación:.....	41
Se concluye: La cara es la zona del cuerpo que está mas expuesta a sufrir 41	
GRAFICO N°10	42
4.2 Prueba de hipótesis y contrastación	43
Determinación del nivel de confiabilidad de la prueba:	43
Determinación de la distribución muestral de la prueba.	43
4.2.1 Regla teórica para la toma de decisión	43
4.2.2 Contrastación de la hipótesis general.....	44
4.2.3 Prueba de hipótesis específica 1:.....	45
4.2.4 Prueba de hipótesis específica 2:.....	47
4.2.5 Prueba de hipótesis específica 3:.....	49

4.2.6 Prueba de hipótesis específica 4:.....	51
CAPITULO V DISCUSION.....	53
5.3 APORTE CIENTIFICO DE LA INVESTIGACION	55
CONCLUSIONES	56
SUGERENCIAS	57
3. Si la sepsis fue como causa de tiempo de demora en la atención se debe tomar conciencia y actuar rápidamente	57
BIBLIOGRAFIA	58
ASPECTOS ÉTICOS	61
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Una de las complicaciones más letales en un paciente gran quemado es la sepsis, por lo que su definición es importante para catalogar a un paciente gran quemado como tal, así como la determinación posterior de sus factores de riesgo asociados, para poder prevenirla. Estudios al respecto nos hablan de Sepsis en grandes quemados basados en los criterios clásicos aplicables a pacientes críticos en general (no quemados) por lo tanto cabe la posibilidad de que estén incluidos pacientes que quizá no hayan tenido Sepsis y se sobreestimaría la prevalencia y podría alterar los factores de riesgo asociados.(3)

En una publicación donde se describen los criterios actuales de Sepsis específicamente en grandes quemados, la calificación de un paciente gran quemado como séptico o no es muy diferente y nos da una mejor determinación de Sepsis en un quemado y por lo tanto daría una mejor determinación de sus factores de riesgo asociados. Además, se recalca la importancia de definir correctamente a un paciente como séptico o no debido a que el comportamiento de esta entidad es distinta en pacientes quemados con respecto a otros pacientes críticos.(4)

A la fecha no hay estudios sobre Sepsis en grandes quemados que utilicen estos nuevos criterios, por lo que representan un nuevo vacío en las investigaciones al respecto. La aplicación de estos nuevos criterios variará la prevalencia y los factores de riesgo asociados en este tipo peculiar de población, representando una nueva determinación para esta patología.

En este estudio de investigación, el autor pretende aplicar los nuevos criterios de Sepsis según la ABA en los pacientes grandes quemados que ingresaron a la Unidad de quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao y estos como se relacionan con la Seguridad del paciente.

1.2.1 Problema general

¿De qué manera los grandes quemados se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016?

1.2.1.1. Problemas específicos

P1 -¿De qué manera los grandes quemados (**50% y > de 50%**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado (**y muerte**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016?

P2-- ¿De qué manera los grandes quemados(**sepsis**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado(**Tiempo de demora en la atención**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016?

P3—¿De qué manera los grandes quemados(**etiología de la quemadura**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado(**Infecciones intrahospitalarias**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016?

P4--¿De qué manera los grandes quemados(**Según grupo etareo**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado (**estancia hospitalaria**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016?

1.2.1 OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar de qué manera los grandes quemados se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Objetivos específicos

- O1 – Verificar qué manera los grandes quemados (**50% y > de 50%**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado (**y muerte**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016.
- O2—Describir de qué manera los grandes quemados(**sepsis**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado(**Tiempo de demora en la atención**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016
- O3— Indicar como los grandes quemados(**etiología de la quemadura**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado(**Infecciones intrahospitalarias**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016
- O4—Verificar de qué manera los grandes quemados(**Según grupo etareo**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado (**estancia hospitalaria**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

1.4 Hipótesis

General.

HG: Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados con la seguridad del paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Hipótesis Específicos.

H1 – Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados (**50% y > de 50%**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**y muerte**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

H2— Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados(**sepsis**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Tiempo de demora en la atención**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

H3— Existe relación directa y significativa entre como los grandes quemados(**etiología de la quemadura**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Infecciones intrahospitalarias**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

H4— Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados (**Según grupo etareo**) se relaciona con la seguridad del paciente hospitalizado (**estancia hospitalaria**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

1.5 Variables

Variable Independiente:

Los grandes quemados

Dimensiones:

50% y > de 50%

Sepsis

Según grupo etareo

Etiología de la quemadura

Variable dependiente:

Seguridad del paciente hospitalizado:

Dimensiones:

Muerte

Tiempo de demora en la atención

Infecciones intrahospitalarias

Estancia hospitalaria

Operacionalización de variables

<u>Variable</u>	<u>Dimensión</u>	<u>Indicador</u>	<u>INSTRUMENTO</u>
Variable independiente Los grandes quemados	50% y > de 50%	Se refiere al porcentaje de superficie corporal quemada valorado según la Tabla de Lund y Browder. Estado físico	Todo según historia clínica.
	Sepsis	(Cultivo positivo, tejido patológico o respuesta clínica a los antimicrobianos) además de la presencia de tres o más de las siguientes: temperatura >39°C o <36.5°C; taquicardia progresiva >110 lpm; taquipnea progresiva >25 rpm; trombocitopenia < 100 000; hiperglicemia (en ausencia de diabetes)	
	Según grupo etareo	De 18 a 95 años	
	Etiología de la quemadura	Se considera al agente que causó la quemadura, obtenido en la historia clínica	
Variable Dependiente Seguridad del paciente hospitalizado	Muerte	Número de personas fallecidas por las quemaduras	Cuestionario validado por Juicios de expertos especialistas en el tema, luego sometido a la prueba de cronbach
	Tiempo de demora en la atención	Es el tiempo que demora el paciente en acudir a emergencia.	
	Infecciones intrahospitalarias	Manejo inicial antibacteriano ante la sospecha de sepsis Capacidad de un microorganismo para resistir los efectos de un antibiótico	
	Estancia hospitalaria	De 2 a 90 días	

1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

1.6.1. De carácter práctico

Los resultados y las conclusiones permitirán tener una visión real sobre los factores asociados a los pacientes grandes quemados con sepsis y su relación con la calidad de atención en la unidad de quemados, para la toma de decisiones que redunden en la calidad del proceso asistencial.

1.6.2. De carácter metodológico

Este estudio científico servirá como fuente de información para futuros estudios explicativos relacionados con el tema.

1.6.3. De carácter teórico

El análisis de los factores asociados a los pacientes grandes quemados con sepsis y su relación en la atención en la unidad de quemados, servirá para la toma de decisiones que redunden en la calidad del proceso asistencial.

EN CUANTO AL ENFOQUE.

Por el estudio se basa en un análisis más en un análisis cuantitativo y lo cualitativo no se investiga a profundidad y eso no contribuirá al tratamiento correcto, porque el porcentaje de quemaduras y las infecciones que se dan afecta la seguridad del paciente, a la familia y a la sociedad en su conjunto una serie de factores emocionales se ven afectados, y como tomar en cuenta estos antecedentes para futuros estudios de investigación relacionados al tema si no se toma el análisis correcto de la parte cualitativa.

1.7. VIABILIDAD DEL ESTUDIO

Las razones determinantes de la viabilidad del estudio son:

- **El objeto de estudio:** Está representado por los pacientes grandes quemados que fueron hospitalizados en la Unidad de quemados en el Hospital Daniel A. Carrión del Callao.
- **Los objetivos del estudio:** Serán alcanzables al analizar los datos de las historias clínicas, que forman parte del estudio.
- **Disponibilidad de los instrumentos de recolección de la información:** Se aplicará los instrumentos validados por juicios de expertos y sometidos a la prueba de Chi cuadrado de Person y T de Student.
- **Disponibilidad de los recursos técnicos:** Tanto el económico, los humanos y materiales con propios recursos del investigador.

1.8. LIMITACIONES

AL OBJETO DE ESTUDIO: Pacientes que no estuvieron hospitalizados más de 24 horas salieron rápidamente o fueron trasladados a otras instituciones cerca a su casa

LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO: No se cumplieron en su totalidad ya que las historias clínicas no se encontraron con los datos completos

Disponibilidad de los instrumentos de recolección de la información: No se encontraron datos completos como complicaciones y fallecimientos los indicadores mensuales o diarios que se debía realizar no se llevó a cabo en su totalidad.

Disponibilidad de los recursos técnicos: No se contó con apoyo económico ajenos a mi persona causándome dificultad para llevar a cabo la tesis tanto el económico, los humanos y materiales causándome demora en los informes finales..

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel Internacional.

Las quemaduras son una de las más comunes y devastadoras formas de trauma. La lesión por quemadura de la piel ocurre cuando algunas o todas las capas de la piel son destruidas por fuego (quemadura por fuego), un líquido caliente (escaldadura) o un sólido caliente (quemadura por contacto), también pueden ser causadas por radiación, electricidad o agentes químicos. Según la OMS las quemaduras relacionadas al fuego fueron responsables de aproximadamente 322 000 muertes en el mundo durante el año 2002, la gran mayoría de ellos ocurrieron en países en vías de desarrollo [5].

Según el reporte nacional de la American Burn Association, en los Estados Unidos sólo durante el 2007 se presentaron 57 839 casos de quemaduras, durante 1998-2007 la etiología conocida más frecuente es por fuego (40.3%), seguido por las escaldaduras (29.5%). El sexo masculino es el más frecuente (70%), el 45.8% de los casos se da entre los 20 y 50 años, el grupo etáreo más comprometido es el de 20-29 años (16.8%), siendo el lugar más común de ocurrencia el hogar (47.9%) seguido por la vía pública (27.3%) y la circunstancia más frecuente, la accidental no relacionada al trabajo (63.9%) seguida por la accidental relacionada al trabajo (15.4%). 69% del total presentó quemaduras en menos del 10% de superficie corporal total (%SCT) [6].

En Perú, Lima, según estadísticas de la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, durante el periodo 2007-2008, hubieron 1331 casos de sepsis, de ellos 793 pacientes fueron del sexo masculino y 538 del sexo femenino, el promedio de edad es de 30 años (0-96 años), el promedio del número de días de hospitalización fue de 9 días(0-80) y del total de pacientes con sepsis 28 fallecieron [7].

Bang y col (1998) en un estudio descriptivo, encontraron en Kuwait, que de 943 pacientes que requirieron ingresar a la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Centro Al-Babtain, 280 ingresaron a UCI y de estos, 79 (28.2%) desarrollaron septicemia probada clínica y microbiológicamente, 44 (56%) fueron hombres, la etiología más frecuente fue el fuego con 62 casos (79%), la media de la edad fue 26 años y de %SCT fue 46% (10%-90%). 60 (76%) tuvo un episodio único de septicemia y la mayoría fue debido a *Stafilococcus aureus* meticilinorresistente (SARM) [8].

Como una extensión de su trabajo (2002) realizaron un estudio comparativo, donde el grupo 1 sería el anterior y el grupo 2 (comparable con además profilaxis antibiótica) durante otro periodo en el mismo lugar, encontraron que la prevalencia de septicemia fue en el grupo 1 de 8.4% y en el grupo 2 de 7.2% (no habiendo diferencia significativa). La mortalidad debida a septicemia fue en el grupo 1 de 23 (29.1%), en el grupo 2 de 14 (20.6%) y la causa más frecuente en ambos grupos fue falla multiorgánica (MOF) (14 (60.9%) y 12 (85.7%) respectivamente, $p=0.149$), tampoco se encontraron diferencias significativas en otros indicadores epidemiológicos y la superficie de la herida represento la fuente de entrada para los microorganismos en ambos grupos [9].

Cumming y col (2001) en un estudio transversal, encontraron en USA, que de 85 pacientes que ingresaron a la Unidad de Quemados del Parkland Memorial Hospital 64 (75.3%) eran del sexo masculino, el promedio de la edad era de 35 años (24-48), el promedio de %SCQ era de 30% (23-40%), 43 pacientes tenían sepsis, de ellos 31 eran no complicados y 12 tenían sepsis complicada. 24 (28%) pacientes presentaron MODS severo y 15 (17.6%) presentaron MOF. La mortalidad fue de 15.3% (13 pacientes), 4 murieron debido a sepsis complicada y 7 debido a MODS severo. Los factores de riesgo asociados al desarrollo de MODS severo fueron edad ($ORa=1.03$ IC95% 1.01-1.07), sexo masculino ($ORa=5.6$ IC95% 1.1-27.8) y %SCQ ($ORa=1.06$ IC95% 1.03-1.1) [10].

Bang y col (2004) en un estudio transversal en Kuwait, encontraron que de 2082 pacientes tratados en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Centro Al-Babtain, hubo 166 (8.8%) casos de septicemia, siendo de ellos 99 (60%) hombres, la etiología mas frecuente por fuego 128 (77.1%), en general 123 (74.1%) episodios únicos, 108 (42.7%) de los episodios fueron debidos a SARM, además que la escisión precoz y su cobertura precoz mejoraba la supervivencia de los pacientes ($OR= 4.3$, IC95% 1.98-9.31). La mortalidad debida a septicemia fue de 23.5% (29 casos) y de ellos el MODS fue la principal causa de muerte (71.8%) [11].

Song y col (2005) en un estudio descriptivo encontraron en el Centro de Quemados del Hospital General de Singapur que de un total de 2019 casos, la etiología más frecuente fue la escaldadura (45.6%) seguida por fuego (35.2%), la relación sexo masculino: femenino fue de 2.2:1, la media de la edad fue de 32.5 años, la media del % SCQ fue de 11.5%, la mayoría (70.7%)

tuvo quemaduras de 0-10% SCQ. La mortalidad en general fue de 4.61% (93 pacientes), además muestran que hay un aumento sustancial de la mortalidad cuando el %SCQ llega a 50% [12].

En Perú, Lima, según estadísticas de la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, durante el periodo 2007-2008, hubieron 1331 casos de sepsis, de ellos 793 pacientes fueron del sexo masculino y 538 del sexo femenino, el promedio de edad es de 30 años (0-96 años), el promedio del número de días de hospitalización fue de 9 días (0-80) y del total de pacientes con sepsis 28 fallecieron [13].

2.1.2 A nivel latinoamericano.

Soares y col (2006) en un estudio descriptivo encontraron en la Unidad de Quemados de Hospital Regional de Asa Norte de Brasil, se admitieron a 278 pacientes de los cuales el sexo más frecuente fue el masculino (160), la media de la edad fue 24 años (1-82 años), la media del %SCQ fue 14% (1-100%), la etiología más frecuente fue por fuego con 152 casos (54.7%), el promedio de los días de hospitalización fue de 12 días (1-86 días). 86 pacientes tuvieron infección del torrente sanguíneo y de ellos 13 murieron. El microorganismo aislado más frecuente fue el *Stafilococo aureus* coagulasa negativo con 19 casos. [14]

2.1.3 Fundamentos

2.1.3.1 Marco Teórico

Las quemaduras son lesiones dinámicas que progresan en los primeros 2 o 3 días [15] Las lesiones por quemadura producen respuestas tanto locales como sistémicas. A nivel local Jackson en 1947 describió las tres zonas de una quemadura: zona de coagulación como el punto de máximo daño irreversible, zona de estasis con perfusión disminuida potencialmente reversible y zona de hiperemia con aumento de la perfusión [15].

Cuando hay quemaduras con una extensión mayor al 20% (gran quemado) conducen a la mayoría de respuestas sistémicas a la injuria. El hipermetabolismo desarrollado conduce a un incremento de las necesidades calóricas que pueden doblar los requerimientos normales. No existe otra lesión que se aproxime a este grado de perturbación.

La inflamación es uno de los componentes y el esencial de la cura normal cuando la herida es pequeña y localizada, sin embargo, las respuestas inflamatorias en un quemado crítico son peligrosas porque hay un involucramiento global de múltiples tejidos y sus constituyentes celulares inmunes y no inmunes. Las lesiones de esta envergadura están asociadas con un incremento de la permeabilidad capilar y déficit de volumen intravascular que son más severos en las primeras 24 horas siguientes a la injuria. El shock en quemados mayores comienza a nivel celular, porque la quemadura causa una alteración del potencial transmembrana en tejidos lesionados y no lesionados, la ATPasa al no funcionar lleva a un incremento del sodio intracelular que contribuye a la hipovolemia y edema celular, además la liberación de mediadores inflamatorios y vasoactivos

responsables de vasoconstricción local y vasodilatación sistémica así como incremento de la permeabilidad capilar, La disrupción de la integridad capilar permite un equilibrio rápido de agua, solutos inorgánicos y proteínas plasmáticas (pero no de elementos celulares) entre el espacio intravascular e intersticial. Esta secuencia de eventos conduce a hipovolemia intravascular y hemoconcentración que son máximas a las 12 horas post quemadura. Dentro de las complicaciones asociadas al estado crítico del paciente quemado la neumonía es la más común, seguida por la falla respiratoria y la septicemia . Pero para analizar la mortalidad hay que hacer una acotación especial, anteriormente las muertes se producían durante las primeras horas de producida la lesión y eran por shock hipovolémico, a medida que el entendimiento de la fisiopatología de la quemadura ha ido mejorando, las muertes se producen pasada ya varias horas luego de la resucitación inicial y están en relación a las complicaciones asociadas, siendo ahora la causa más frecuente de muerte transcurridas 24h, el síndrome de disfunción orgánica múltiple (MODS), que es el punto máximo del espectro de la sepsis. El tratamiento temprano de los pacientes quemados ha cambiado dramáticamente las causas de muerte, ahora se estima que cerca del 75% de la mortalidad debido a quemadura está relacionada a infecciones, en vez de shock osmótico e hipovolemia. En pacientes con quemaduras severas de más del 40% de superficie corporal total (SCT), más del 75% de todas las muertes son actualmente relacionadas a sepsis que tiene como punto de partida a una herida de quemadura infectada. Toda quemadura grave mayor del 30% SCT nos debe hacer sospechar en su posibilidad de infectarse, la infección de la áreas quemadas son la primera fuente de origen de la sepsis. El desarrollo de la infección depende de la presencia de 3 condiciones: una

fuente de organismos, un modo de transmisión y la susceptibilidad del paciente. La susceptibilidad está determinada por el estado crítico del paciente quemado donde la extensión de la inflamación y los requerimientos de energía son proporcionales a su severidad. Durante el curso de una respuesta dinámica en la fase aguda hay una respuesta inmune hiperreactiva (llamada tradicionalmente SIRS) que es seguida de una hipoactiva (también llamada CARS “counter anti-inflammatory response syndrome”). Es durante esta última etapa donde hay producción de citoquinas antiinflamatorias, leucopenia, alteración de la fagocitosis, edema y un riesgo incrementado de infecciones nosocomiales(16).

Además están demostradas alteraciones de la respuesta inmunitaria en pacientes quemados tales como la disminución de la expresión del complejo mayor de histocompatibilidad en la superficie de los leucocitos. También el balance Th1/Th2 se altera produciéndose una respuesta preferentemente Th2, lo cual crea favorece al estado de inmunosupresión durante el CARS. El término de sepsis, fue definido en 1992 por el American College of Chest Physicians (ACCP) y la Society of Critical Care Medicine (SCCM), como una respuesta sistémica a la infección y se estableció un espectro que iba desde la bacteriemia, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), sepsis, sepsis severa, shock séptico hasta el MODS, asimismo desaconsejaba el uso de términos como septicemia y síndrome séptico [20]. Luego en el año 2001 en otra conferencia de consenso se trató de actualizar los términos, concluyendo que las definiciones no deberían variar excepto que en la sepsis no era necesario una infección documentada, por lo que bastaba con un sospecha para catalogar a un paciente con “posible sepsis”, esto debido a que la sepsis representa un paso previo a la sepsis severa y el shock

séptico, que tienen una alta mortalidad . Los criterios definidos para sepsis son aplicables en estados críticos, pero una excepción a ello representa el paciente quemado, es por ello que en el 2007 la American Burn Association, mediante una Conferencia de Consenso definió los criterios para sepsis en el paciente quemado. Los estudios anteriores sobre sepsis en quemados utilizaron los criterios clásicos de sepsis y en la actualidad no hay estudios epidemiológicos que hayan utilizado los criterios actuales de sepsis en quemados para sus criterios de inclusión. Además en esta conferencia se concluyó que en el paciente quemado, el espectro no incluye los estados de SIRS, ni sepsis severa, pasando de la sepsis inmediatamente al shock séptico y luego al MODS, por lo que en esta población resulta aun más importante la identificación de la sepsis, para disminuir su principal causa de mortalidad: el MODS [17].

3.3.5 DEFINICIÓN DE TERMINOS

1. **Porcentajes de quemaduras:** Provisión de bienes para la satisfacción del cliente.
2. **Infecciones:** La aplicación de la ciencia en busca del bienestar del cliente.
3. **Actitudes en la atención del personal de salud:** El respeto que se brinda a los clientes al momento de dar una atención.
4. **Medidas de bioseguridad en el lavado de manos:** Personas que brindan sus servicios a las personas que acuden a la Institución.
5. **Procedimientos no normalizados:** Tomar decisiones terapéuticas sin el uso del protocolo establecido.
6. **Procesos para la toma de decisiones:** Gestiones administrativas evitando costos innecesarios con efectividad, eficiencia y calidad en Salud.

7. **Extensión y profundidad de la quemadura:** El porcentaje y profundidad de superficie corporal quemada se convierte en un valor importante para la toma de decisiones terapéuticas como la infusión de fluidos en la fase aguda de las quemaduras graves. La regla de los nueve de Wallace es el método más extendido para el cálculo rápido del porcentaje de superficie corporal quemada.
8. **Quemadura de primer grado:** Se siente dolor enrojecimiento y calor.
9. **Quemadura de segundo grado:** Se considera herida menos de dos pulgadas de ancho.
10. **Quemadura de tercer grado:** Se considera herida más de tres pulgadas de ancho tejido negro y no se siente dolor.

3.5 Bases epistémicos

La seguridad del paciente ha sido una preocupación que se presenta a lo largo de la historia donde se reconocen principios morales en el desempeño como: el Código de Hammurabi, creado en el año 1760 (antes de Cristo) a. C o el i CALIDAD: Medida en que los servicios de salud para el individuo y para la población aumentan la probabilidad de obtener los deseados resultados de salud consistentes con el conocimiento profesional del momento Institute of Medicine, EEUU. RIESGO, peligro e incertidumbre son hechos asociados a la vida e inseparables de la práctica clínica y la atención sanitaria. El Código de Hammurabi, creado en el año 1760 a. C., es un conjunto de leyes antiguas de la antigua Mesopotamia que en breves términos se refiere a la conocida frase «ojo por ojo, diente por 23 Juramento Hipocrático siglo V a C, el cual adoptó su forma definitiva de la mano de Galeno en el siglo II y que fue actualizado por la Declaración de Ginebra en 1948.(18)

CAPITULO III

METODOLOGIA

4.1. Descripción del trabajo de campo

Luego de haber realizado la revisión de las historias clínicas y el llenado de la ficha respectiva por cada paciente, los datos se tabularon presentando los resultados en cuadros y gráficos consolidados según frecuencias absolutas y porcentuales para cada variable (independiente y dependiente) con sus dimensiones, indicadores y sus respectivas interpretaciones.

Tipo de investigación cuantitativa no experimental de corte transversal
APLICADA.

1. Por la aplicación de los modelos estadísticos para recolección de los datos y luego serán sometidos a la prueba de las hipótesis para verificar la correlación entre las variables mencionadas.
2. Por la aplicación del Cuestionario que va cuantificar los datos de la recolección de los datos.
3. Por la aplicación del protocolo de investigación de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco.

OBSERVACIONAL: Recopilación de datos historias clínicas

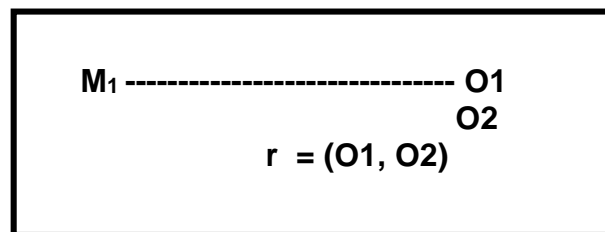
4.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Por la naturaleza

DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

El diseño de investigación es no experimental, modalidad Descriptivo correlacional

El diseño de investigación es no experimental, porque las variables no serán sometidas a ningún experimento.



Dónde:

M_1 = Muestra de los pacientes con quemaduras

O_1 = Medición de los grandes quemados más del 50%

O_2 = Medición del cumplimiento de la seguridad del paciente

r = Correlación entre la información O_1 y O_2

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población estuvo constituida por todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Quemados.

POBLACION DE PACIENTES GRANDES QUEMADOS	
Ingresos de pacientes con quemaduras de 3 y 4to grado de quemaduras	59
TOTAL	59

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que se recuperaron de las infecciones de sus quemaduras durante la hospitalización.
- Pacientes de 18- 70 años
- Pacientes lucidos y orientados
- Pacientes que dieron su consentimiento informado para participar en dicha investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no quisieron firmar su consentimiento informado para dicha investigación.
- Pacientes muy graves e inconscientes.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se utilizó el Muestreo no probalístico por conveniencia del investigador

MUESTRA DE PACIENTES		TOTAL
Quemaduras 3 grado	16	31
Quemaduras 4to grado	15	
TOTAL	31	

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas e instrumentos a emplear para la recolección de la información son: Las historias clínicas.

La Fiabilidad y Validez del cuestionario

- Revisada por Juicios Expertos en el tema.
- Cuyos datos serán sometidos a las pruebas estadísticas.

• Fuentes, Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos

Fuentes	Técnicas	Instrumentos	Ítems
Bibliográficas – Hemerográficas	Fichaje	Fichas Bibliográficas	
Virtuales	Exploración virtual	Páginas Web	

4.4 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de los resultados.

ETAPAS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
A Procesamiento de la información y elaboración de datos	- Observación	Historias clínicas con usos de Cuestionario
B Análisis e interpretación	-Análisis documental	Verificación documentaria

CAPITULO IV

RESULTADOS

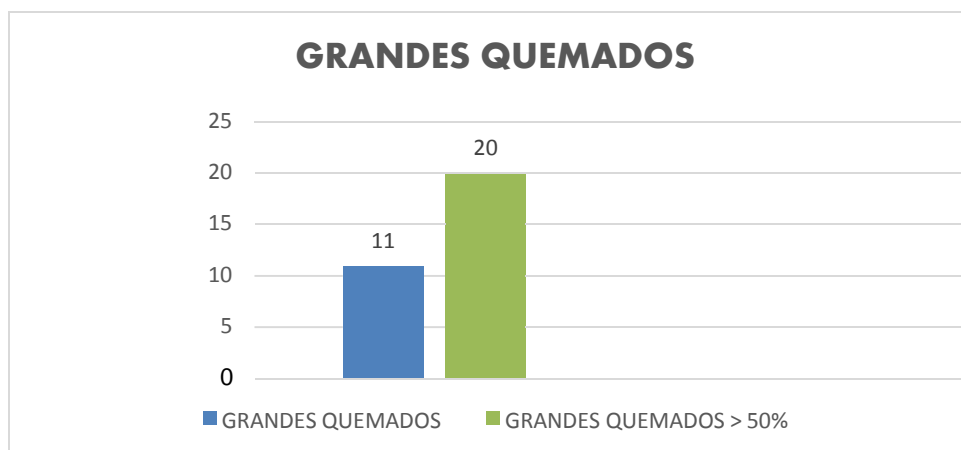
4.2. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

GRANDES QUEMADOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO 2016.

TABLA Nº 1

GRANDES QUEMADOS		
	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 50%	11	35.5
> 50%	20	64.5
Total	31	100.0

GRAFICO Nº 1



Fuente: Datos obtenidos de las H.C.
Autor: investigador

Interpretación:

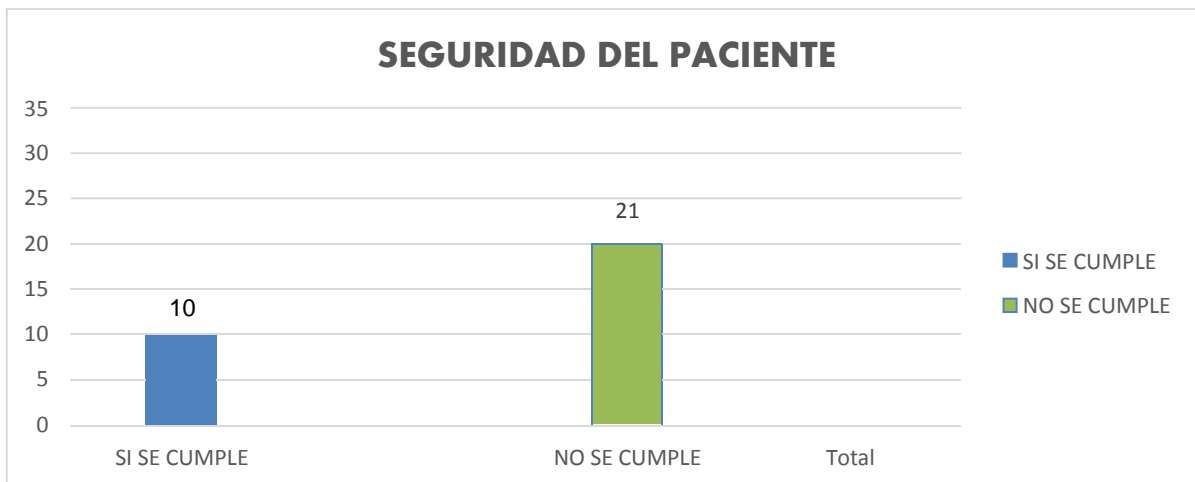
De 31 pacientes que se hospitalizaron en su mayoría tienen más del 50% de quemadura o sea 20 pacientes tenían más del 50% de quemadura en todo su cuerpo, convirtiéndose en grandes quemados.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE
QUEMADOS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO
2016.

TABLA Nº 2

SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	Frecuencia	Porcentaje
SI SE CUMPLE	10	34.5
NO SE CUMPLE	21	65.5
Total	31	100.0

GRAFICO Nº 2

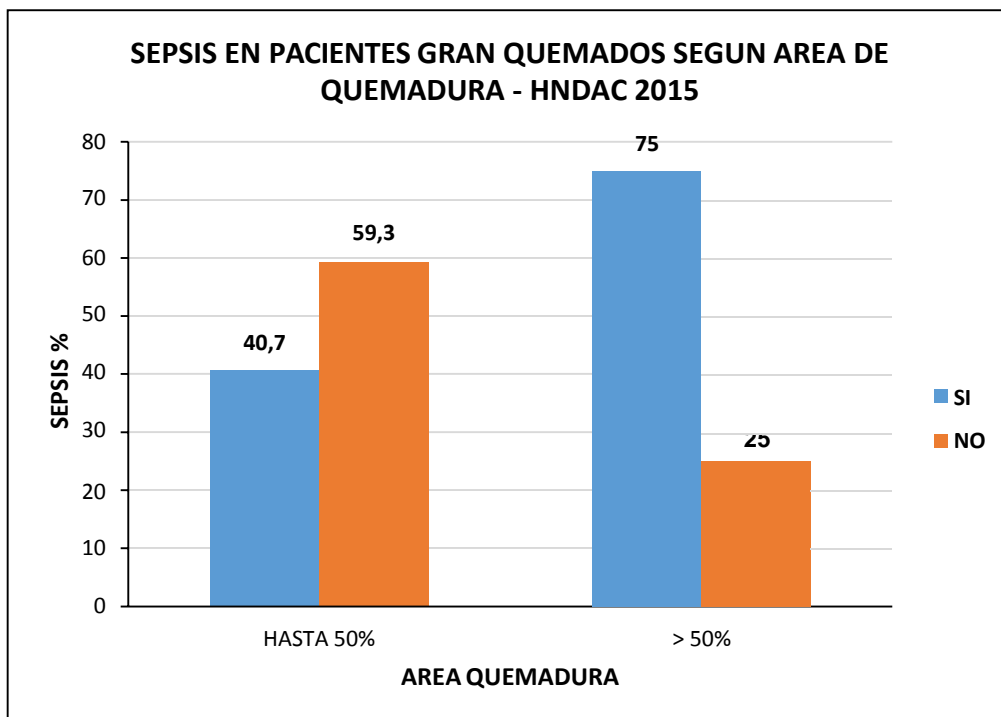


Fuente: Datos obtenidos de las H.C.
Autor: investigador

Interpretación:

De 31 pacientes que se hospitalizaron en su mayoría que son más de 21 No se cumple su seguridad del paciente.

GRAFICO N°3



Fuente: Datos obtenidos de las H.C.
Autor: investigador

Interpretación:

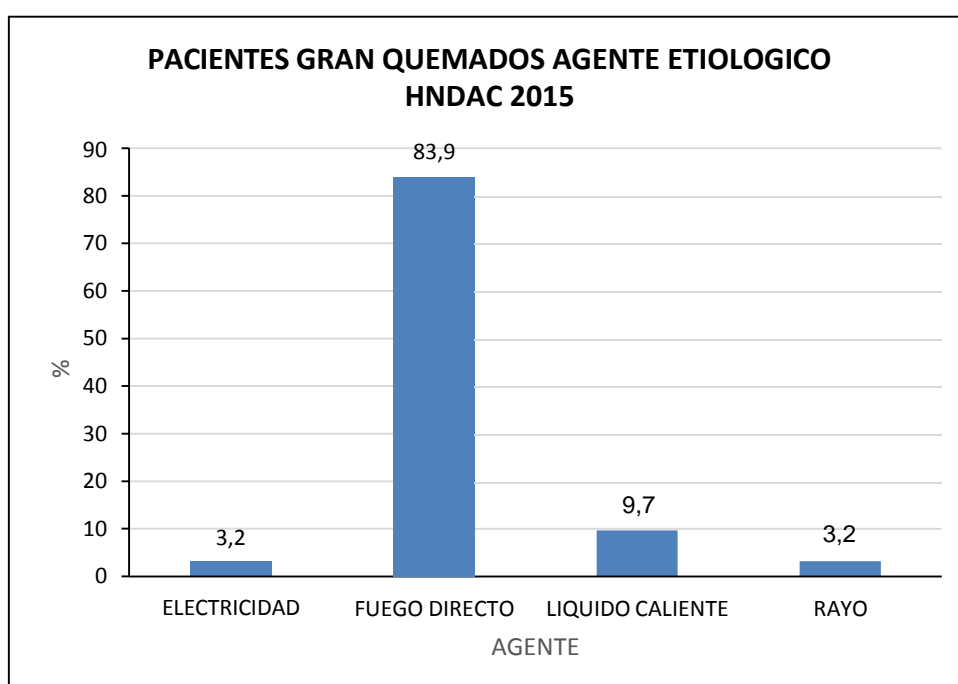
De 31 pacientes que se hospitalizaron en su mayoría tienen sepsis

GRAFICO N°4

**AGENTE ETIOLOGICO EN PACIENTES GRAN QUEMADOS
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015**

ETIOLOGIA	NUMERO	%
ELECTRICIDAD	1	3.2
FUEGO DIRECTO	26	83.9
LIQUIDO CALIENTE	3	9.7
RAYO	1	3.2
TOTAL	31	100.0

GRAFICO N°4

**Interpretación:**

El agente etiológico más frecuente fue el fuego con un 83.9%, mientras que el menor frecuente fue el rayo y la electricidad con el 3.2% cada uno.

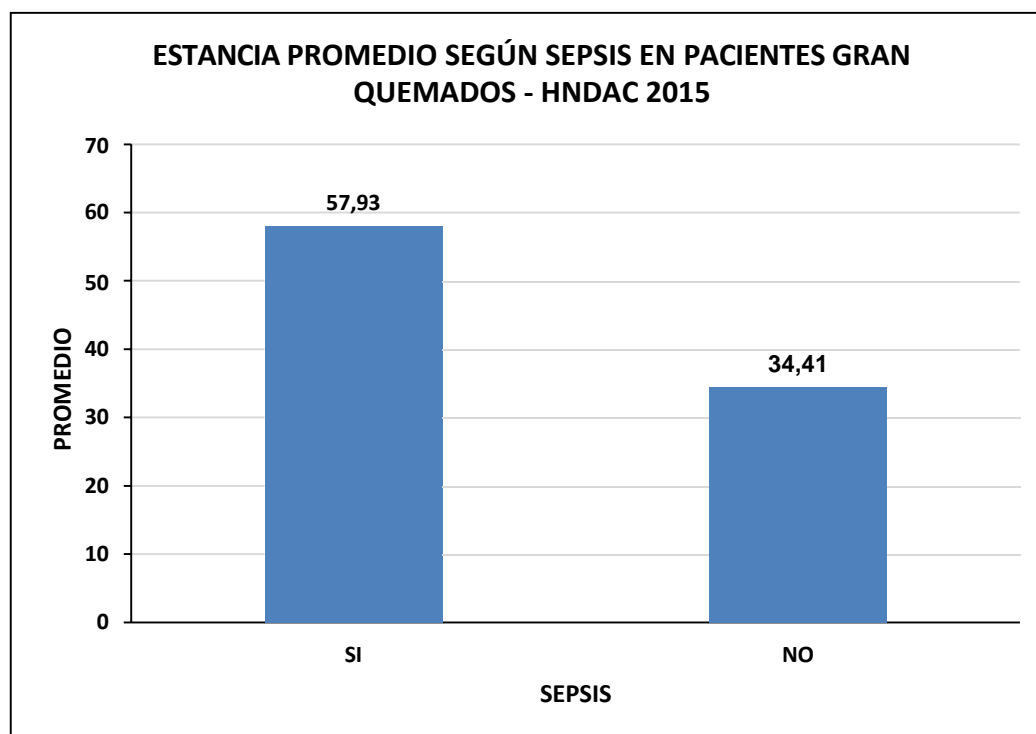
Se concluye: El fuego directo es el agente etiológico más frecuente.

GRAFICO N°5

**ESTANCIA EN PACIENTES GRAN QUEMADOS SEGÚN
SEPSIS HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015**

ESTANCIA PROMEDIO SEGÚN SEPSIS

SEPSIS	N	PROMEDIO	DESV.EST
SI	14	57.93	40.6
NO	17	34.41	21.7
TOTAL	31		



Interpretación:

La estancia promedio de los pacientes que desarrollaron sepsis fue de 57 días, mientras que para los que no la desarrollaron fue de 34 días. **Se concluye: La sepsis prolonga la estancia hospitalaria como una complicación de la quemadura.**

GRAFICO N°6

**PORCENTAJE DE QUEMADURA EN PACIENTES
GRAN QUEMADOS SEGÚN GRUPO ETARIO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015**

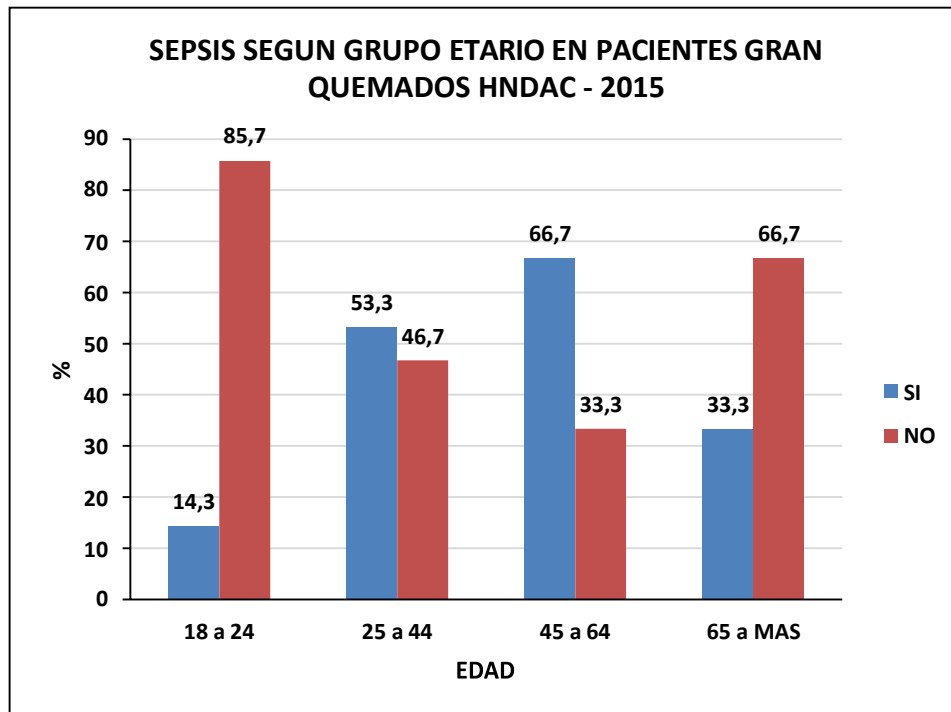
GRUPO ETARIO	% QUEMADURA				TOTAL N (%)
	HASTA 50		>50		
	N	%	N	%	
18 a 24	6	85.	1	14.3	7 (100.0)
25 a 44	13	86.	2	13.3	15 (100.0)
45 a 64	5	83.	1	16.7	6 (100.0)
65 a MAS	3	100	0	0.0	3 (100.0)
TOTAL	27	87.	4	12.9	31 (100.0)

Interpretación:

El grupo etario de pacientes gran quemados que presento mayor porcentaje de área de quemadura fue el de 45 a 64 años con un 16.7% que presento más de un 50% de área quemada, el grupo etario que presentó mayor cantidad de casos es el de 25 a 44 años con el 48.3 % del total de casos, el grupo etario de 65 a más años no se presentó ningún caso con dicha característica. Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p=1.00$)

Se concluye: la población económicamente activa es la mas afectada que esta entre 25 años a 44 años activamente laborando.

GRAFICO N°7

**Interpretación:**

El grupo etario que presento mayor prevalencia de sepsis fue el de 45 a 64 años con un 66.7%, mientras que el que presento menor prevalencia fue el de 18 a 24 años con

un 14.3%. Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p=0.237$)

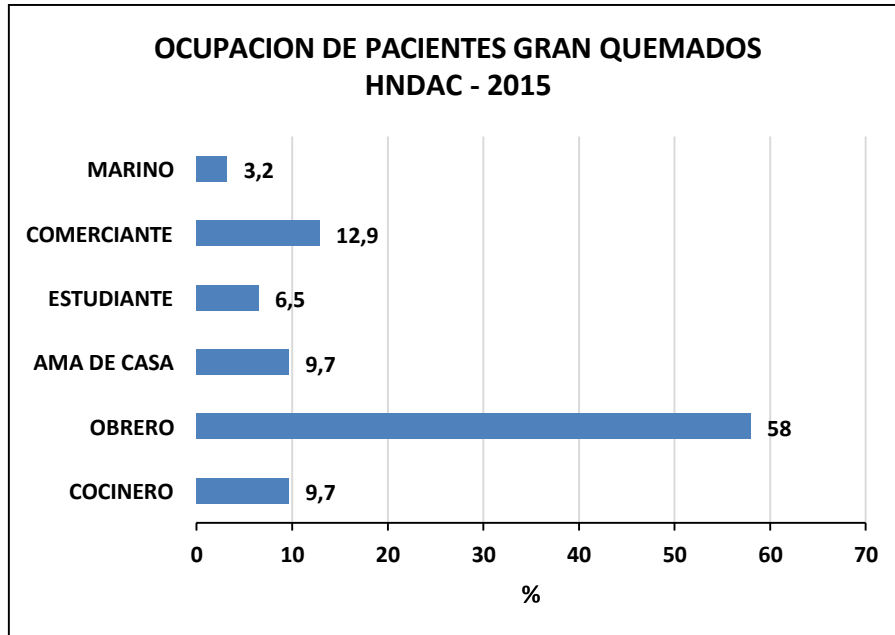
Se concluye: La sepsis se presenta en un grupo vulnerable que es de los 45 a 64 años.

**OCUPACION DE PACIENTES GRAN QUEMADOS
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015**

TABLA N°8

OCUPACION	NUMERO	%
COCINERO	3	9.7
OBRERO	18	58.0
AMA DE CASA	3	9.7
ESTUDIANTE	2	6.5
COMERCIANTE	4	12.9
MARINO	1	3.2
TOTAL	31	100.0

GRAFICO N°8



Interpretación:

El mayor porcentaje de pacientes gran quemados corresponde a obreros con el 58.0 % , y el de la marina con el menor porcentaje con el 3.2 %.

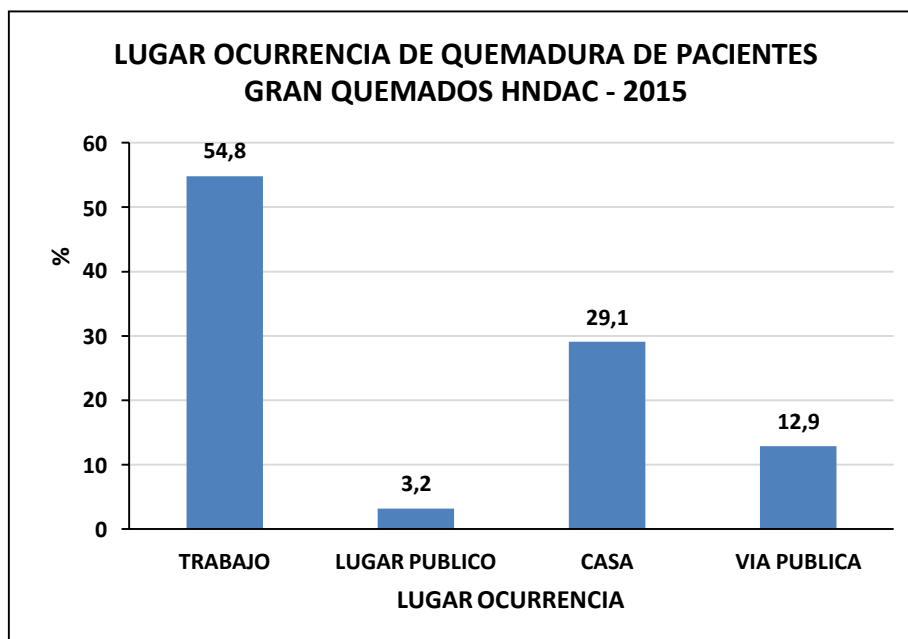
Se concluye: que los obreros están mas expuestos a sufrir grandes quemaduras.

**LUGAR OCURRENCIA DE QUEMADURA DE
PACIENTES GRAN QUEMADOS
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015**

TABLA N°8

LUGAR OCURRENCIA	NUMERO	%
TRABAJO	17	54.8
LUGAR PUBLICO	1	3.2
CASA	9	29.1
VIA PUBLICA	4	12.9
TOTAL	31	100.0

GRAFICO N°8



Interpretación:

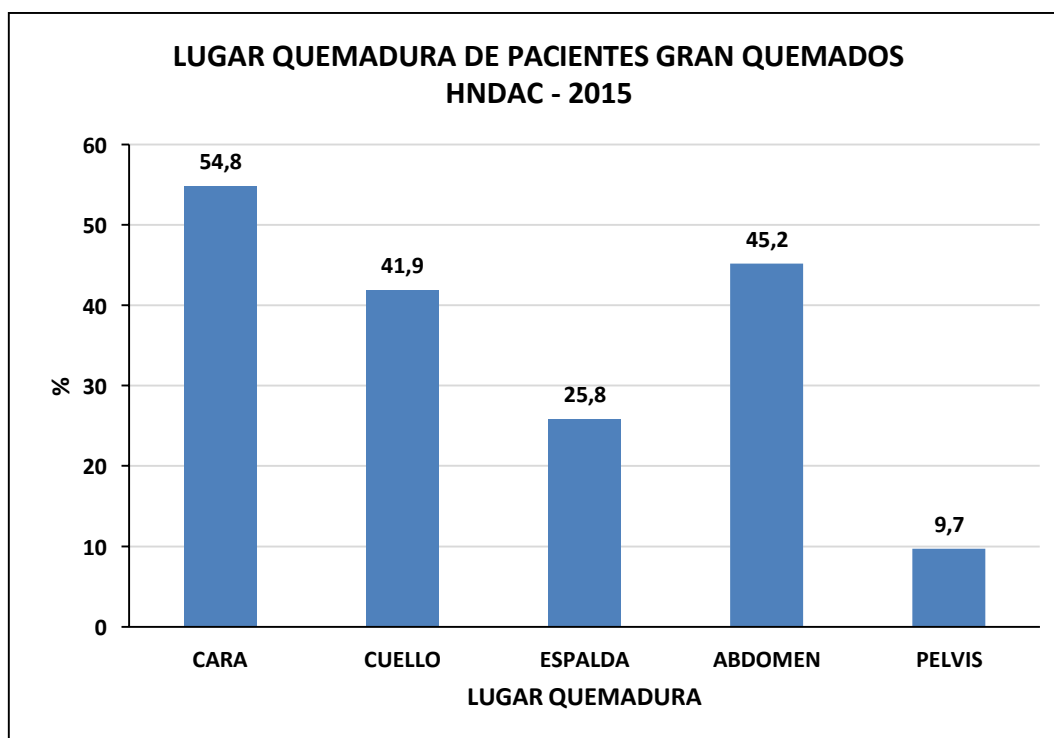
El lugar de ocurrencia más frecuente fue el trabajo con el 54.8%,
Se concluye: Que los trabajadores se exponen a sufrir quemaduras en mayor porcentaje.

GRAFICO N°9

LUGAR DE QUEMADURA DE PACIENTES GRAN QUEMADOS HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015

LUGAR QUEMADURA	NUMERO (N=31)	%
CARA	17	54.8
CUELLO	13	41.9
ESPALDA	8	25.8
ABDOMEN	14	45.2
PELVIS	3	9.7

GRAFICO N°9



Interpretación:

El lugar de quemadura más frecuente fue la cara con el 54.8% y el menos frecuente la pelvis con el 9.7%.

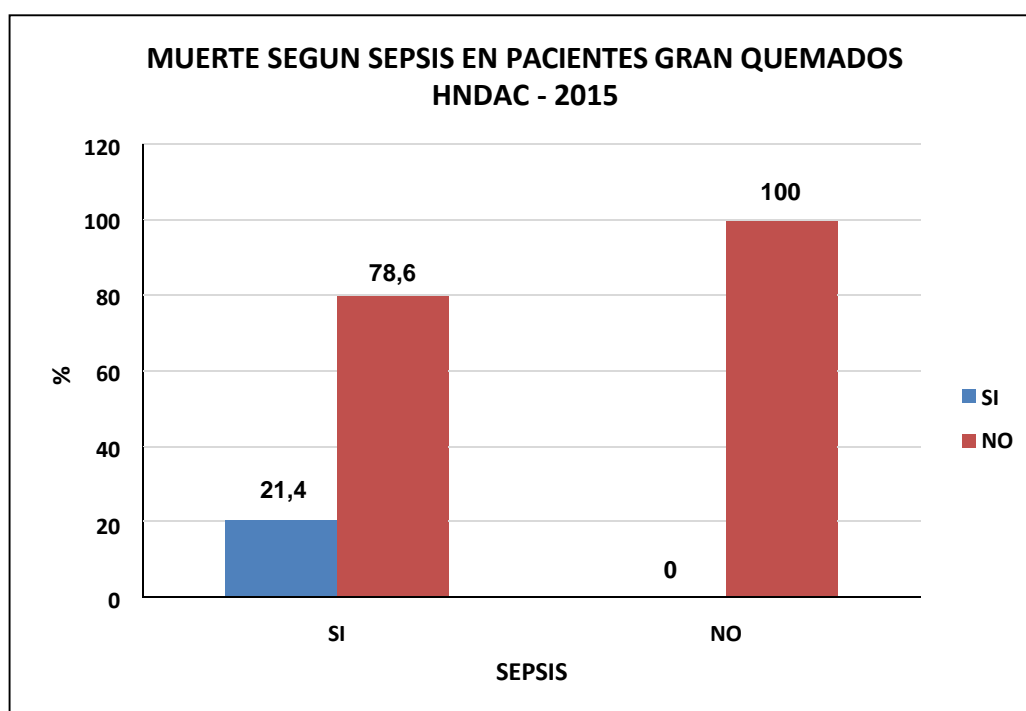
Se concluye: La cara es la zona del cuerpo que está mas expuesta a sufrir quemaduras.

GRAFICO N° 10

**MUERTE SEGUN SEPSIS EN PACIENTES GRAN
QUEMADOS HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015**

SEPSIS	MUERTE				TOTAL N (%)
	SI		NO		
	N	%	N	%	
SI	3	21.4	11	78.6	14 (100.0)
NO	0	0.0	17	100.0	17 (100.0)
TOTAL	3	9.7	28	90.3	31 (100.0)

GRAFICO N°10



En la tabla observamos que el 21.4% de los pacientes gran quemados que desarrollo sepsis falleció, mientras que en los pacientes que no padeció dicha enfermedad no se presentaron fallecidos.

4.2 Prueba de hipótesis y contrastación

Con la finalidad de elevar el nivel de la investigación y darle carácter científico, me permití someter a prueba la hipótesis planteada, de modo que la contrastación sea generalizable.

Determinación del nivel de confiabilidad de la prueba:

Se asume el nivel de confiabilidad al 95%

Determinación de la distribución muestral de la prueba.

La distribución de probabilidades adecuada para la prueba es la distribución Chi cuadrada (X^2) mediante bondad de ajuste.

4.2.1 Regla teórica para la toma de decisión

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (x^2) por ser una prueba que permitió medir aspecto cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$X^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es menor que 0,05 se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2 fuese mayor que 0,05 se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

4.2.2 Contratación de la hipótesis general

H1: Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados con la seguridad del paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

H0: No existe relación directa y significativa entre los grandes quemados con la seguridad del paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Pruebas de chi-cuadrado hipótesis general			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46.500 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	27.931	4	.000
Asociación lineal por lineal	18.241	1	.000
N de casos válidos	31		

a. 7 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .03.

		Correlaciones	
		Grandes quemados	Seguridad del paciente
Grandes quemados	Correlación de Pearson	1	.780**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	31	31
Seguridad del paciente	Correlación de Pearson	.781**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

Existe una relación significativa al obtener un valor de 0.781; es decir que existe una correlación alta entre ambas variables.

al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que efectivamente los grandes quemados se relacionan con la seguridad del paciente. se relacionan en forma directa, positiva y significativa, a un nivel del 95% de confiabilidad.

4.2.3 Prueba de hipótesis específica 1:

H1: Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados (**50% y > de 50%**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**y muerte**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Ho: No existe relación directa y significativa entre los grandes quemados (**50% y > de 50%**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**y muerte**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Pruebas de chi-cuadrado hipótesis específica 1			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48.681 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	35.930	4	.000
Asociación lineal por lineal	21.287	1	.000
N de casos válidos	31		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .13.

Correlaciones		Los grandes quemados (50% y > de 50%)	Muerte
Los grandes quemados (50% y > de 50%)	Correlación de Pearson	1	.842**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	31	31
Muerte	Correlación de Pearson	.843**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

Existe una relación significativa al obtener un valor de 0.843; es decir que existe una correlación alta entre ambas variables. entre los grandes quemados (50% y > de 50%) con la seguridad del paciente hospitalizado (y muerte) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

4.2.4 Prueba de hipótesis específica 2:

H1: Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados(**sepsis**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Tiempo de demora en la atención**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Ho: No Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados(**sepsis**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Tiempo de demora en la atención**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Pruebas de chi-cuadrado hipótesis específica 2			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49.083 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	31.221	4	.000
Asociación lineal por lineal	20.114	1	.000
N de casos válidos	31		
a. 5 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .03.			

Interpretación

De los resultados anteriores comprobamos que entre el **Liderazgo en la gestión educativa (capacitación e instrumentos de evaluación)** y

Correlaciones		Los grandes quemados sepsis	Seguridad del paciente hospitalizado Tiempo de demora en la atención
CAPACITACION E INSTRUMENTOS DE EVALUACION	Correlación de Pearson	1	.819**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	31	31
LOGRO DE RESULTADOS	Correlación de Pearson	.818**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

los **procesos de enseñanza (logro de resultados)** de los docentes de la I.E. N° 20955 -13 "Paulo Freire" San Antonio – Lima 2017 existe una relación significativa al obtener un valor de 0.819; es decir que existe una correlación alta entre ambas variables.

Interpretación

De los resultados anteriores comprobamos que entre los grandes quemados (**sepsis**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**Tiempo de demora en la atención**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016. Existe una relación significativa al obtener un valor de 0.818; es decir que existe una correlación alta entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

4.2.5 Prueba de hipótesis específica 3:

H1: Existe relación directa y significativa entre como los grandes quemados(**etiología de la quemadura**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Infecciones intrahospitalarias**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016.

Ho: No Existe relación directa y significativa entre como los grandes quemados(**etiología de la quemadura**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Infecciones intrahospitalarias**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016.

Pruebas de chi-cuadrado hipótesis específica 3					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.990 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	17.785	1	.000		
Razón de verosimilitud	26.723	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	20.313	1	.000		
N de casos válidos	31				
a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.29.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

		Correlaciones	
		Etiología de la quemadura	Infecciones intrahospitalarias
Etiología de la quemadura	Correlación de Pearson	1	.823**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	31	31
Infecciones intrahospitalarias	Correlación de Pearson	.803**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De los resultados anteriores comprobamos que entre el existe una relación significativa al obtener un valor de 0.803; es decir que existe correlación alta entre ambas variables. Los grandes quemados(**etiología de la quemadura**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Infecciones intrahospitalarias**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que efectivamente ambas variables se relacionan en forma directa, positiva y significativa, a un nivel del 95% de confiabilidad

4.2.6 Prueba de hipótesis específica 4:

H1: Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados(**Según grupo etareo**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**estancia hospitalaria**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Ho: No Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados(**Según grupo etareo**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**estancia hospitalaria**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016

Pruebas de chi-cuadrado hipótesis específica 4			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.207 ^a	4	.003
Razón de verosimilitud	14.911	4	.005
Asociación lineal por lineal	10.257	1	.001
N de casos válidos	31		
a. 7 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .13.			

		Correlaciones	
		Grandes quemados Según grupo etareo	La seguridad del paciente hospitalizado con estancia hospitalaria
Grandes quemados Según grupo etareo	Correlación de Pearson	1	.585**
	Sig. (bilateral)		.001
	N	31	31
La seguridad del paciente hospitalizado con estancia hospitalaria	Correlación de Pearson	.580**	1
	Sig. (bilateral)	.001	
	N	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De los resultados anteriores comprobamos que entre Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados (**Según grupo etareo**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**estancia hospitalaria**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016. Al obtener un valor de 0.580; es decir que existe una correlación media entre ambas variables. Al obtener un valor de significancia de $p=0.003$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que efectivamente existe relación entre ambas variables en forma directa, positiva y significativa, a un nivel del 95% de confiabilidad.

CAPITULO V

DISCUSION

5.1 Los resultados encontrados en mi estudio Se afirma que existe relación directa y significativa entre los grandes quemados con la seguridad del paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016 tal como los estudios de investigación de los siguientes autores que **son similares a los estudios de:** Cumming y col (2001) en un estudio transversal, encontraron en USA, que de 85 pacientes que ingresaron a la Unidad de Quemados del Parkland Memorial Hospital 64 (75.3%) eran del sexo masculino, el promedio de la edad era de 35 años (24-48), el promedio de %SCQ era de 30% (23-40%), 43 pacientes tenían sepsis, de ellos 31 eran no complicados y 12 tenían sepsis complicada. 24 (28%) pacientes presentaron MODS severo y 15 (17.6%) presentaron MOF. La mortalidad fue de 15.3% (13 pacientes), 4 murieron debido a sepsis complicada y 7 debido a MODS severo. Los factores de riesgo asociados al desarrollo de MODS severo fueron edad (ORa=1.03 IC95% 1.01-1.07), sexo masculino (ORa=5.6 IC95% 1.1-27.8) y %SCQ (ORa=1.06 IC95% 1.03-1.1)

Bang y col (2004) en un estudio transversal en Kuwait, encontraron que de 2082 pacientes tratados en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Centro Al-Babtain, hubo 166 (8.8%) casos de septicemia, siendo de ellos 99 (60%) hombres, la etiología mas frecuente por fuego 128 (77.1%), en general 123 (74.1%) episodios únicos, 108 (42.7%) de los episodios fueron debidos a SARM, además que la escisión precoz y su cobertura precoz mejoraba la supervivencia de los pacientes (OR= 4.3, IC95% 1.98-9.31). La mortalidad

debida a septicemia fue de 23.5% (29 casos) y de ellos el MODS fue la principal causa de muerte (71.8%)

Song y col (2005) en un estudio descriptivo encontraron en el Centro de Quemados del Hospital General de Singapur que de un total de 2019 casos, la etiología más frecuente fue la escaldadura (45.6%) seguida por fuego (35.2%), la relación sexo masculino: femenino fue de 2.2:1, la media de la edad fue de 32.5 años, la media del % SCQ fue de 11.5%, la mayoría (70.7%) tuvo quemaduras de 0-10% SCQ. La mortalidad en general fue de 4.61% (93 pacientes), además muestran que hay un aumento sustancial de la mortalidad cuando el %SCQ llega a 50%

Soares y col (2006) en un estudio descriptivo encontraron en la Unidad de Quemados de Hospital Regional de Asa Norte de Brasil, se admitieron a 278 pacientes de los cuales el sexo más frecuente fue el masculino (160), la media de la edad fue 24 años (1-82 años), la media del %SCQ fue 14% (1-100%), la etiología más frecuente fue por fuego con 152 casos (54.7%), el promedio de los días de hospitalización fue de 12 días (1-86 días). 86 pacientes tuvieron infección del torrente sanguíneo y de ellos 13 murieron. El microorganismo aislado más frecuente fue el *Stafilococo aureus* coagulasa negativo con 19 casos.

En Perú, Lima, según estadísticas de la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, durante el periodo 2007-2008, hubieron 1331 casos de sepsis, de ellos 793 pacientes fueron del sexo masculino y 538 del sexo femenino, el promedio de edad es de 30 años (0-96 años), el promedio del número de días de hospitalización fue de 9 días(0-80) y del total de pacientes con sepsis 28 fallecieron.

5.3 APORTE CIENTIFICO DE LA INVESTIGACION

Las conclusiones nos llevaran a evitar más incidencias de infecciones agregadas, evitando costos innecesarios y estancias prolongadas sobre todo el sufrimiento de los pacientes y sus familiares, verificar el carácter práctico de esta investigación científica para otras futuras investigaciones donde se llegue a descubrir la forma correcta de evitar las infecciones propias de las quemaduras y también trabajar con los sentimientos de los pacientes y familiares quienes se ven afectados en su imagen corporal, en su medio ambiente, social y cultural.

tener claro que el concepto del porcentaje de quemaduras no siempre debe ir acompañada de infecciones, se debe evitar dicha complicación mediante investigaciones para realizar la forma correcta de protocolos para evitar las incidencias de infecciones

Con todas estas estrategias estaremos asegurando la **SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

CONCLUSIONES

1. Existe una relación significativa al obtener un valor de 0.781; es decir que existe una correlación alta entre ambas variables. demostrando que los grandes quemados se relacionan con la seguridad del paciente, porque se evidencio que a mayor superficie corporal quemada mayor es el desarrollo de sepsis, el fuego es el agente etiológico más frecuente, siendo la población económicamente activa es la más afectada, y los obreros son los más expuestos a quemadura, la cara es la zona del cuerpo que está más expuesta a sufrir quemaduras con todos estos factores es la sepsis que prolonga la estancia hospitalaria como una complicación de la quemadura.
2. Existe una relación significativa al obtener un valor de 0.843; es decir que existe una correlación alta entre ambas variables. entre los grandes quemados (**50% y > de 50%**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**y muerte**).
3. Comprobamos que entre los grandes quemados(**sepsis**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Tiempo de demora en la atención**)Existe una relación significativa.
4. Que existe una relación alta significativa al obtener un valor de 0.803; entre ambas variables. Los grandes quemados(**etiología de la quemadura**) con la seguridad del paciente hospitalizado(**Infecciones intrahospitalarias**).
5. Existe relación directa y significativa entre los grandes quemados (**Según grupo etareo**) con la seguridad del paciente hospitalizado (**estancia hospitalaria**) en el servicio de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2016. Al obtener un valor de 0.580; es decir que existe una correlación media entre ambas variables.

SUGERENCIAS

1. Trabajar junto con las autoridades para dar atención inmediata y prevenir las complicaciones de sepsis estos paciente deben estar hospitalizados en ambientes totalmente estériles y que los profesionales que entran a atenderlos cumplan con todas las medidas de bioseguridad, evitar los factores que van ser portadores de sepsis ya que la sepsis prolonga la estancia hospitalaria ocasionando mas costos y sufrimientos hacia el paciente y sus familiares lograr que todos los pacientes grandes quemados tengan una atención de calidad.
2. Verificar que factores van a ser los que más van a contribuir a la sepsis y actuar oportunamente en especial entre los grandes quemados **50% y > de 50%** para evitar la **muerte**.
3. Si la sepsis fue como causa de tiempo de demora en la atención se debe tomar conciencia y actuar rápidamente .
4. Realizar tratamiento oportuno y seguro de acuerdo a la **etiología de la quemadura** no subestimar a los pacientes y estar conscientes en cada momento que se debe evitar las **Infecciones intrahospitalarias**.
5. Plasmar calificación de un paciente gran quemado como séptico o no es muy diferente y nos da una mejor determinación de Sepsis en un quemado y por lo tanto daría una mejor determinación de sus factores de riesgo asociados como **según grupo etareo** para evitar la **estancia hospitalaria**).

BIBLIOGRAFIA

1. Colin D. Mathers, Christina Bernard, Kim Moesgaard Iburg, Mie Inoue, Doris Ma Fat, Kenji Shibuya, Claudia Stein, Niels.
2. Tomijima, Hongyi Xu "Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results" Febrero 2004.
- 3 Greenhalgh Dg, Saffle JR, Holmes JH, Gamelli RL, Palmieri TI, Horton Jw, Tompkins Rg, Traber DI, Mazingo Dw, Deitch Ea, Goodwin Cw, Herndon Dn, Gallagher Jj, Sanford Ap, Jeng Jc, Ahrenholz Dh, Neely An, O'Mara Ms, Wolf Se, Purdue Gf, Garner WI, Yowler Cj, Latenser Ba. 2007 Nov-Dec;28(6):776-90.
4. Miquel Pujol La seguridad del paciente - Senesciencia encontrado en www.ub.edu/senesciencia/noticia/seguridad-del-paciente Marzo 2015.
5. Avni T, Levcovich A, Ad-El DD, Leibovici L, Paul M. Prophylactic antibiotics for burns patients: systematic review and meta-analysis. BMJ Hospital de Sant Pau). BMJ. Vol 3 N° 2 2010;340:c 241.
6. Belisario Aguayo M. Manejo inicial de las quemaduras Revista chilena de pediatría versión impresa ISSN 0370-41 Santiago jul. 1999.
7. Levcovich A, Ad-El DD, Leibovici L, Paul M. Prophylactic antibiotics for burns patients: systematic review and meta-analysis. BMJ Hospital de Sant Pau). BMJ. Vol 3 N° 2 2010;340:c 241.
8. Ramírez S. Teresita, Najera A., Patricia, Nigenda L., Gustavo. (1998). Percepción de la Calidad de la Atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Revista Salud Publica de México Vol. 40 n 1 enero/febrero 1998; 40 : 3-12
9. Bang y col (1998) en un estudio descriptivo, encontraron en Kuwait, que de 943 pacientes que requirieron ingresar a la Unidad de Cirugía Plástica.
10. Leticia A Barajas-Nava, Jesús López-Alcalde, Marta Roqué Figuls, Ivan Solà, Xavier Bonfill Cosp "Profilaxis con antibióticos para la prevención de la infección de heridas por quemaduras España 2013.
11. Carlos H. Morales, Andrés Felipe Gómez, José Ovidio Herrera, Michel Camilo Gallego Yuri Alexander Usuga, Marco Antonio Hoyos, Carolina Arenas "Infección en pacientes quemados del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia" Rev Colomb Cir. 2010;25:267-75.
12. Nicolás Rikeros Gehrenbeck "Prevalencia de infecciones dérmicas en pacientes quemados" Universidad Católica Santiago de Guayaquil en pacientes entre 16 y 55

años de edad en la unidad de quemados del hospital Luis Vernaza en el periodo comprendido entre enero a junio del año 2013.

13. Winston La Torre Tang "Quemaduras eléctricas estudio clínico epidemiológico" En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2003.
14. Ricardo Dextre Bazalar "Plan de gestión de la calidad y seguridad del paciente" salud 2013 – 2014.
15. Benedetta Allegranzi(2013) "La higiene de las manos se considera la principal medida necesaria para reducir las IAAS.
16. Heriberto Rangel Gaspar Infección en quemaduras CIRUGIA PLASTICA Vol. 15, Núm. 2 Mayo-Agosto 2005 pp 111 – 117
17. Winchester JF. Active methods for detoxification. En: Haddad LM, overdose. Philadelphia, WB Saunders Co, 1990; 148-167.
18. Pruitt BA, Mc Manus AT. The changing epidemiology in infection in burned patients. World J Surg 1992; 2: 69.
19. Ana Isabel Gómez Córdoba¹ , Ángela Fernanda Espinosa Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Universidad del Rosario. Carrera 6 No. 14-16, Bogotá, D.C., Colombia

ANEXOS

ASPECTOS ÉTICOS

Se realizarán revisiones de historias clínicas, por lo que solo requeriremos la autorización del comité de investigación del HNDAC. Mediante un documento enviado a la Directora del hospital y luego se derivará a OADI para conseguir el consentimiento informado para sacar y revisar las Historias clínicas.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS _____

FICHA N°:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° HC		Fecha	de	
-------	--	-------	----	--

Fecha de		Fecha de egreso			
Sexo	Masculino () Femenino ()	Edad	años		
Grado de	Primaria () Secundaria () Superior ()	Ocupación			

Tipo de quemadura	1° () 2° () 3° ()	%SCQ	%
Lugar de Ocurrencia	Casa () Trabajo () Vía pública ()	Lugar de la Quemadura	Cara () Cuello () Torso () Espalda () Abdomen () Pelvis () M. Sup ()
Tiempo de demora en la			

Etiología de la quemadura		Comorbilidades	
Fuego/ flama	()	Diabetes	()
Escaldadura	()	Insuficiencia renal	()
Contacto con objetos calientes	()	Neoplasia	()
Eléctrica	()	Enfermedad pulmonar	()
Química	()	Inmunodeficiencia	()
Radiación	()	Epilepsia	()
Inhalación solamente	()	Cirrosis	()
Desconocida	()	Obesidad	()
Otros (especificar)		Desnutrición	()
Otros (especificar)		Otros (especificar)	
Temperatura	*C	FC	FR

Quemadura de vía aérea		Si ()	No ()
Glucosa		mg/dL	
Resistencia a la insulina		Si ()	No ()
Nutrición enteral suspendida antes de las 24h		Si ()	No ()
Plaquetas			
Leucocitos			
Diagnóstico actual de sepsis		Si ()	No ()
Infecciones Intrahospitalarias			
Infección 1	Infección 2	Infección 3	Infección 4
Cultivo	Cultivo	Cultivo	Cultivo
Germen 1	Germen 1	Germen 1	Germen 1
Germen 2	Germen 2	Germen 2	Germen 2
Fecha de	Fecha de	Fecha de inicio	Fecha de
Susceptibilidad	Susceptibilidad	Susceptibilidad	Susceptibilidad

Glasgow		PaFi	
Urea		Creatinina	
Bilirrubinas Directa		Bilirrubinas Indirecta	
PAM		PVC	
Diagnóstico de MODS	Si ()	No ()	
Grado de MODS (0-24)			
Profilaxis Antibiótica	Si ()	No ()	
Tratamiento Antibiótico			
Ingreso a UCI	Si ()	No ()	
Tratamiento quirúrgico	Curación () Limpieza () Injerto ()		

Amputación parcial o total	Si ()	No ()
Muerte	Si ()	No ()

Causa de muerte	
------------------------	--