



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Experiencias vividas por personas hospitalizadas con quemaduras: la luz de la historia oral

Carlos Jordão de Assis Silva¹, Mônica Gisele Costa Pinheiro¹, Deyla Moura Ramos Isoldi¹, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho¹, Gisele Santana Pereira Carreiro¹, Clélia Albino Simpson¹.

1 Universidad Federal de Río Grande del Norte

RESUMEN

Objetivo: Describir las experiencias de personas hospitalizadas con quemaduras. **Método:** Estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado con 14 empleados, en un hospital de referencia en el tratamiento de quemaduras en el estado de Rio Grande do Norte, entre marzo y mayo de 2016, utilizando el Historial de vida oral como método de recolección de datos y marco metodológico. Se realizó el análisis de contenido temático de Bardin, surgiendo cuatro ejes temáticos que guiaron las discusiones: recuerdos del pasado; tiempo de quemado; comportamiento contra la piel quemada y el tratamiento y las perspectivas de futuro. **Resultados:** durante la hospitalización hay un sentimiento de apreciación de la vida, anhelo, dolor, ansiedad, ociosidad, deseo de trabajar y esperanza. **Conclusión:** Se infiere que la hospitalización de la persona quemada es compleja, involucra factores físicos, emocionales y sociales, que reflejan directamente su comportamiento, deseos, acciones, reacciones y respuesta al tratamiento.

Descriptor: Quemaduras; Eventos que cambian la vida; Hospitalización; Enfermería

INTRODUCCION

Las quemaduras son un grave problema de salud pública en Brasil, no solo en términos de la gravedad de las lesiones y la gran cantidad de complicaciones, sino también en las secuelas que marcan a la persona quemada. Cada año, 2 millones de personas sufren quemaduras y el Sistema Único de Salud (SUS) invierte alrededor de 55 millones en el tratamiento de estos usuarios ⁽¹⁻³⁾.

Las víctimas de quemaduras necesitan atención especializada tanto por su fragilidad física y emocional, como por la gravedad de las lesiones que favorecen la pérdida de volumen de líquido, lo que puede causar un shock hipovolémico, cambios metabólicos, deformidades corporales y riesgo de infección, además de complicaciones de la quemadura ⁽²⁾.

En el proceso de tratamiento de quemaduras, la hospitalización del individuo los expone a estresores físicos y emocionales, como la separación de la familia, la ausencia del trabajo, los cambios corporales y la despersonalización. En cuanto a las lesiones, según su extensión, dejan cicatrices que pueden provocar daños físicos, emocionales y sociales como resultado de la distorsión de la autoimagen y el sufrimiento físico, limitaciones morfofuncionales; cambios en el estilo de vida y en el papel social debido a la percepción negativa de la autoimagen debido a cicatrices y alteraciones corporales que conducen a un largo período de tratamiento y rehabilitación del individuo en la sociedad ⁽⁴⁻⁶⁾.

Las experiencias de tratamiento de quemaduras están influenciadas por factores biológicos, psicológicos y sociales. En este período después de la quemadura, el paciente pasa

por un proceso doloroso en el cual el cuerpo es vulnerable y debilitado, y su mente se debilita por el cambio en la apariencia de su propio cuerpo. Por lo tanto, desarrollan respuestas emocionales a su condición clínica, que incluyen miedo, preocupación, tristeza, anhelo, ansiedad y dolor. Estos componentes se refieren a la percepción y el manejo de la quemadura incluso durante la hospitalización, influyendo en cómo la persona se adapta a esta situación y qué requiere atención adaptada a las necesidades individuales. ⁽⁷⁻¹⁰⁾

El cuidado de enfermería para la persona quemada, con referencia específica durante la hospitalización, ocurre promoviendo la estabilización física y psicológica de la persona quemada, interviniendo en las necesidades psicológicas de la familia, aclarando dudas y haciendo las derivaciones necesarias después del alta hospitalaria. El trabajo de profesionales concientes en un Centro de tratamiento de quemaduras (CTQ), que incluye, además de la técnica apropiada, el afecto humano, es importante para minimizar la sensación de sufrimiento, mejorar la calidad de vida de la persona quemada durante la hospitalización, contribuyendo decisivamente a la eficiencia y velocidad de recuperación ^(1,11,12).

En este contexto, se observó que la quemadura causa importantes marcas físicas y emocionales en la persona afectada, caracterizando su hospitalización y recuperación como prolongada, compleja y difícil, por lo que es necesario comprender las dificultades experimentadas durante este momento, lo que permite orientar la atención de enfermería a estos pacientes, favoreciendo una hospitalización más cómoda, tranquila y que minimice las secuelas.

La motivación para esta investigación provino de la experiencia académica durante las clases del curso de grado en Asistencia de Enfermería a pacientes con afecciones del tegumento, que fomentaron la reflexión sobre la importancia de la piel para el individuo, este, como promotor de la homeostasis orgánica, la funcionalidad, un objeto de importancia humana, bienestar e identidad propia.

El presente estudio se justifica por la necesidad de que el equipo de enfermería sepa y reconozca cómo se experimenta la experiencia de tratar a la persona con quemaduras enfrentadas durante la hospitalización y, por lo tanto, provoca reflexiones sobre la búsqueda de estrategias de atención compatibles con las situaciones enfrentadas durante este período. así como pensar en referencias que puedan apoyar el monitoreo del tratamiento y la rehabilitación exitosa del sujeto.

Al considerar que la quemadura y el tratamiento de la persona quemada involucra preguntas complejas y subjetivas, además de la fisiopatología, la pregunta es: "¿Cómo es la experiencia de la persona hospitalizada con quemaduras?", Para responder a esta pregunta, el presente estudio tiene como objetivo describir las experiencias de personas hospitalizadas con quemaduras.

MÉTODO

Este es un estudio exploratorio descriptivo, con un enfoque cualitativo que utiliza la Historia Oral (HO) como marco metodológico. HO se configura como un método que tiene como objetivo desarrollar estudios relacionados con la experiencia social de personas o grupos⁽¹³⁾. En la técnica HO, hay cuatro universos característicos: la comunidad de destino, las

colonias, las redes y el punto cero (13). En este estudio, la comunidad de destino corresponde a las víctimas de quemaduras en el estado de Rio Grande do Norte (RN); la colonia, personas hospitalizadas con quemaduras en un hospital público de referencia en la ciudad de Natal / RN; las redes se formaron a partir de la indicación de los empleados en las entrevistas inaugurales; el punto cero fue la persona con quemaduras hospitalizada por un tratamiento clínico más prolongado en el Centro de Tratamiento de Quemaduras (CTQ).

El estudio se realizó en el CTQ del Complejo Hospitalario Monsenhor Walfredo Gurgel, ubicado en la ciudad de Natal, capital de RN. Como herramienta para recopilar datos sociodemográficos y clínicos, se utilizó un formulario, para los datos cualitativos que se refieren a la experiencia de hospitalización, se utilizó un guión semiestructurado con preguntas abiertas para guiar la entrevista. Los audios de las entrevistas fueron grabados con un dispositivo mp3.

Se entrevistó a 14 colaboradores que fueron víctimas de quemaduras que fueron hospitalizados en CTQ de marzo a mayo de 2016. Para la selección de los participantes, se siguieron los siguientes criterios de inclusión: tener 18 años de edad o más, estar alerta y tener condiciones físicas y emocionales para responder las preguntas de la entrevista. Los que estaban en aislamiento fueron excluidos. El lugar de las entrevistas fueron las camas de los colaboradores encamados, para aquellos que deambulaban por una habitación reservada, durante las entrevistas los compañeros estuvieron ausentes para brindar más privacidad al colaborador.

Para garantizar el anonimato, se utilizaron nombres de frutas típicas del setão del nordeste. Durante la estación seca, el interior parece estar muerto, aparentemente nada más crecerá o germinará, sin embargo, cuando llega el invierno y la lluvia baña la tierra, rápidamente el verde se adueña del paisaje, los árboles renacen y en unas pocas semanas, que antes parecían muertos, comienzan a dar fruto, sus frutos alimentan y abastecen a un pueblo sufriente y luchador, el sertanejo. Estas frutas son el símbolo más intenso y real de la vida y de la esperanza. De esta manera, también son personas quemadas, que durante la hospitalización viven momentos delicados de sufrimiento y aparentemente sin esperanza, sin embargo, son capaces de superar estas situaciones, reconstruirse y dar a todos los que les rodean la fuerza, el coraje y la resistencia que fluyen de sus vidas.

Todos los procedimientos para realizar el método de historia de vida oral se realizaron en orden cronológico como se muestra en el gráfico 1.

El texto reproducido en su totalidad fue compartido con los colaboradores de la investigación donde la información recopilada

fue legitimada mediante la firma de la carta de asignación. Finalmente, se realizó el análisis de las entrevistas, historias de vidas narradas, constituyendo el corpus textual, que fue analizado por la técnica de análisis de contenido temático de Bardin ⁽¹⁴⁾, Se dan los siguientes pasos: pre análisis, codificación, tratamiento de resultados, inferencia e interpretación. Surgieron cuatro ejes temáticos, a saber: 1) Memorias del pasado; 2) Momento de quemaduras; 3) Experiencias y comportamiento hacia el tratamiento y la piel quemada y 4) Perspectivas para el futuro. Estos ejes, para discusión, se compararon con estudios publicados, corroborando y corroborando las consideraciones analíticas de esta investigación.

La realización del estudio siguió los preceptos éticos de la Resolución 466 de 2013 del Consejo Nacional de Salud, que prevé la investigación con seres humanos. Todos los participantes en este estudio aceptaron voluntariamente participar en el estudio al firmar el Término de consentimiento libre e informado, así como el término de autorización de grabación de voz. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de

Gráfico 1. Descripción de los pasos dados en la metodología de Historia Oral, 2020, Natal / RN.

Etapas	Actividades realizadas
1) Definición de la comunidad objetivo, colonia y punto cero de la investigación.	Definición de la población y lugar de muestreo
2) pré-entrevista	Construcción del instrumento de recolección de datos; contacto previo con empleados
3) Pré-análisis	Prueba del instrumento de recolección de datos y su respectiva validación.
4) Entrevista	Entrevista con el empleado en un ambiente tranquilo, utilizando una grabadora de voz
5) Post-entrevista	Transcripción, textualización y transcripción; compartir el informe con el colaborador y firmar la carta de asignación por el mismo.

Fonte: autoria própria

Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, bajo la opinión 1,249,870.

RESULTADOS

Entre los 14 colaboradores de la red, el 93% (n=13) son hombres. El grupo de edad predominante entre los empleados es de 36 a 59 años, lo que representa el 43% (n=6) del total. También se observó que el 79% (n=11) de los pacientes tienen un bajo nivel educativo y el 57% (n=8) tienen un ingreso de hasta un salario mínimo. Del número total de pacientes, el 93% (n=13) vive en el RN, el 65% (n=9) en el interior del estado.

Con respecto a la duración de la estadía, aproximadamente el 71% (n=10) de los empleados habían sido hospitalizados durante más de 15 días y el 50% (n=7) durante más de 30 días. Con respecto a la gravedad de las lesiones, el 64% (n=9) tenía quemaduras de segundo grado, el 71% (n=10) quemaduras de tercer grado y el 35% (n=5) quemaduras de cuarto grado.

Guiando la discusión y el análisis que siguen, se categorizaron los siguientes ejes temáticos, mediante la agregación y definición de elementos comunes:

Recuerdos del pasado

En este eje temático, las narraciones se centran en una retrospectiva de la vida de los colaboradores antes del evento de quemadura. En los informes, se pueden observar las características de la vida cotidiana y, por lo tanto, establecer un paralelismo con la condición actual de la vida después de la quemadura.

Cuando se les preguntó acerca de sus vidas

antes de las quemaduras, los colaboradores afirman tener una vida normal, cumplir con sus obligaciones, realizar independientemente actividades de la vida diaria y convivir con la familia, como se indica a continuación:

Mi vida era el trabajo, me ocupé de la casa, mi viejo, fui a comprar leche, enderecé su avena, lavé la ropa, planté y coseché, crié pollo, pavo, cerdo y cabra. (Sra. Guayaba)

Antes de la quemadura, mi vida era buena, muy buena! Trabajé, no tenía ninguna enfermedad, hice mis actividades, todo era normal. (Señor acerola)

Tenía una vida normal, trabajé en todo, hice todo ... Tenía una buena relación con mi familia. (Sr. Mangaba)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016.

Momento de la quemadura

En este eje temático, se describe el momento de la quemadura, el momento en que la persona está indefensa, desesperada y con la incertidumbre del futuro, siente en su cuerpo el calor que atraviesa la piel, destruyéndola, poco a poco tomando su fuerza vital. Se advierte que el miedo a la muerte en el momento de la quemadura es fuertemente informado por los colaboradores:

Estaba loco, pensaba que iba a morir, cada vez más el fuego estaba creciendo, estaba desesperado. (Sr. fruta de la pasión)

En ese momento tenía miedo, miedo

del fuego que me atrapaba por todas partes. (Señor guayaba)

iPensé mucho que iba a morir, pensé mucho! En el momento del accidente, solo podía pedirle a Dios que saliera de esos herrajes

(el auto estaba en llamas). (Sr. Mangaba)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016

Experiencias y comportamiento hacia el tratamiento y a la piel quemada

En este sentido, el tratamiento y la experiencia de la quemadura son el foco de las narraciones. Durante el análisis, surgieron cuatro subcategorías: la percepción dolorosa resultante de la quemadura, la valoración de la familia y los lazos afectivos, la ansiedad como factor estresante en la hospitalización y el distanciamiento del trabajo durante la hospitalización.

La percepción dolorosa resultante de la quemadura.

Durante las entrevistas, todos los empleados mencionaron el dolor como el síntoma principal de la quemadura durante la hospitalización, siendo un factor importante al pensar en la experiencia de la quemadura, como podemos ver en los extractos a continuación:

iEste dolor es insoportable para mí! (Sr. Pitomba)

Siento un dolor muy intenso, no me puedo comparar con nada que haya vivido. (Sr. umbu)

Creo que soporté un dolor más allá

de lo que un ser humano puede soportar. (Sr. Cajá)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016.

Aún con respecto al dolor, las narraciones también revelaron información sobre los agentes que desencadenan e intensifican el dolor en los colaboradores, entre los que se destacan el vendaje, el baño y la fisioterapia:

El dolor es insoportable cuando voy a vestirme y a ducharme. (Señor guayaba)

Bañarse es muy difícil, me duele ... cuando voy a bañarme el dolor empeora, el baño en sí es doloroso. (Sr. Cajá-manga)

Ya hice un vendaje sin anestesia y sentí mucho dolor, un dolor insopon- table, lo peor es quitar las vendas porque están pegadas a la piel, me duele mucho. (Señor Acerola)

La fisioterapia maltrata mucho las carnes, porque cura, allí se encoge (la piel), pero hay que hacerlo (fisio- terapia). (Sr. fruta de la pasión)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016.

En esta perspectiva, a partir de los informes, es evidente que la percepción dolorosa es real e intensa, la persona quemada cuando vive con dolor severo durante la hospitalización desarrolla repercusiones negativas en el patrón de sueño y descanso, así como cambios en la ingesta de alimentos con la

disminución falta de apetito, como se puede ver en las declaraciones que se presentan a continuación:

Cuando tuve este dolor, inmediatamente no tuve ganas de comer y no pude dormir. (Sr. fruta de la pasión)

El dolor me dificulta el sueño, comí menos debido al dolor. Me dolió y mucho, me desperté cansado, no estaba de humor para nada. (Sr. Pitomba)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016

Valoración de los lazos familiares y afectivos

Durante la hospitalización, los colaboradores revelaron en sus discursos el sentimiento de aprecio por la familia y las relaciones interfamiliares, manifestado por el deseo de estar cerca de la familia y la expresión de insatisfacción y tristeza por estar lejos de ella, amigos y personas que comparten algún sentimiento de afecto.

Es muy difícil mantenerse alejado de la familia. (Sr. Jambo)

Quedarse aquí no es bueno, porque estoy lejos de mi familia así estuviera cerca de la familia sería mejor! (Sr. fruta de la pasión)

Lo peor es el deseo de volver a mi casa (lloro), realmente quiero ir a casa, estar cerca de mi familia. (Sr. Mangaba)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016

La ansiedad como factor estresante en la hospitalización

La ansiedad y la ociosidad están fuertemente presentes en los testimonios, los colaboradores afirman que durante la hospitalización no hay actividades para el desarrollo de una relación personal e interpersonal con el uso del tiempo de una manera productiva, lúdica y positiva, como podemos ver a continuación:

Aquí es aburrido, no hay nada que hacer, lo que me ayuda a no sentirme triste es cuando leo la Biblia y salgo un poco, de modo que evites que te enfades, temas que tu (quemadura) también te duela, porque hay momentos en que muchos otros dicen que la quemadura duele en el mismo momento, que la tuya también duele. (Sr. Cajú)

Es muy complicado, no hay nada que hacer aquí. (Sr. Jambo)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016

Distanciarse del trabajo durante la hospitalización.

Aún en relación con el período de hospitalización, durante las entrevistas, los colaboradores hicieron explícito que el deseo de trabajar todavía está presente, regresar a las actividades laborales y mantener a la familia es una característica de los informes, como se muestra a continuación

Extraño mucho mi trabajo. (Sr. Mangaba)

Echo de menos el dinero, el "liseu" (falta de dinero) es feo, porque prim-

ero tenemos que estar sanos y luego dinero, si no lo tenemos, ientonces no valemós nada! (Sr. Mandacaru)

Me siento sofocado aquí debido a la falta de mi trabajo. (Sr. Jambo)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016

Perspectivas para el futuro

En relación con este eje temático, el análisis de los datos reveló la existencia de un sentimiento de incertidumbre en los colaboradores sobre su imagen corporal, durante las entrevistas, la preocupación por las cicatrices, mutilaciones y cambios funcionales después de la quemadura están constantemente presentes, sin embargo, el sentimiento de valorar la vida en relación con la pérdida también se observa, como se expresa en las declaraciones a continuación:

No sé si la cicatriz se mantendrá, pero es muy probable que así sea. (Sr. fruta de la pasión)

Puedo tener una cicatriz, una "pequeña secuela", lo que creo que influirá es la cicatriz que todos preguntarán. (Sr. anacardo)

Uno se pondrá triste porque perdió dos dedos, pero no es nada, puedes soportarlo, mejor perder dos dedos que la vida. (Sr. Pitomba)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016

La preocupación por volver al trabajo/ocupación también es un objeto de los sentimientos

de incertidumbre de las personas quemadas, como es evidente en los siguientes extractos:

Ahora mi vida cambiará porque no podré trabajar. (Señor acerola)

Tal vez estaré fuera del trabajo debido a una quemadura, porque no puedo trabajar en estas condiciones. (Sr. Cajá-Manga)

El mayor problema será mi trabajo, porque es un trabajo pesado, tendré que buscar un servicio más fresco, me llevará más tiempo hacer mis servicios. (Sr. Jambo)

Fecha de recogida: marzo a mayo de 2016

Finalmente, las expectativas para el futuro después del tratamiento están relacionadas con la posibilidad de secuelas y limitaciones físico-funcionales generadas por la quemadura, lo que causa sentimientos de preocupación, tristeza, sensación de invalidez y angustia, como se indica a continuación:

Mi vida cambiará, antes solía vivir sola, pero ahora ya no podré hacerlo, necesitaré la ayuda de otras personas. Si pierdo mi dedo, ¿cómo se verá? Siempre he sido un luchador. (Sra. Guayaba)

Tal vez me aleje del trabajo debido a quemaduras (llanto), porque no puedo trabajar en estas condiciones. (Sr. Manga)

Ahora mi vida cambiará porque no podré trabajar. (Señor Acerola)

Fecha de recogida: marzo a mayo
de 2016

DISCUSION

En este estudio, el sexo masculino fue el más afectado, esto se explica debido al comportamiento de esta población, que se caracteriza por la marcada capacidad de explorar el entorno, la actividad motora excesiva y menos precaución, lo que representa un mayor riesgo de accidentes con quemaduras^(15,16). El grupo de edad de los colaboradores es básicamente de individuos económicamente activos, en línea con otros estudios (16, 17). El alto número de lesiones en adultos en edad laboral genera un importante impacto social y económico. El hecho de que el origen de los pacientes se encuentre principalmente en el interior del estado se debe a que la ubicación del muestreo es un centro especializado de referencia estatal en el tratamiento de quemaduras^(17,18).

La quemadura es un accidente que ocurre de manera abrupta, en la cual la persona está con su cuerpo lesionado, en un servicio de urgencia / emergencia, con su rutina modificada abruptamente, el dolor en su cuerpo, deformaciones y vendajes hacen que sea imposible realizar sus tareas, todas sumadas a la incertidumbre de volver a su desempeño ocupacional y social⁽¹⁹⁾.

Parece que los empleados se perciben activos antes de la quemadura, consideran tener una vida normal, dando importancia al trabajo / ocupaciones, AVD, cuidado del hogar y la vida familiar. Las ocupaciones definen a la persona, siendo un medio para expresarse y ser reconocido a través del hacer. También construyen una identidad personal, a través

de la cual se promueve la salud y el bienestar. Sin embargo, la quemadura mantiene a las personas alejadas de las ocupaciones, lo que hace que sea imposible realizarlas de forma independiente⁽²⁰⁾.

Aunque el ser humano es capaz de reconocer la muerte como un elemento seguro y natural, el deseo de vivir para siempre hace que la forma de ver y abordar la vida sea un desafío, en las personas con quemaduras, la visión sobre el proceso de muerte causa sentimientos considerados malos. En esta perspectiva, cuando los profesionales de la salud atienden a estos pacientes, las interacciones también pueden resultar difíciles y sufridas, ya que comúnmente se sienten responsables de mantener la vida de estas personas, enfrentando la muerte como una derrota profesional⁽²¹⁾.

Durante la experiencia de quemaduras donde la persona se siente expuesta, vulnerable y cercana a la muerte y el sentimiento común es el miedo. La dificultad de hacer frente con el fin hace que la muerte despierte miedo en los seres humanos, quizás, en estos casos, el miedo a una muerte dolorosa y la búsqueda de contextos religiosos muestra que la fe contribuye al establecimiento de un sentido de coherencia y control de la vida, que afecta positivamente el estado de salud de las personas⁽²²⁾.

La atención a personas con quemaduras es una de las más complejas, ya que a menudo requiere un equipo multidisciplinario especializado en la fisiopatología de las quemaduras, el tratamiento tiene el objetivo final de salvar vidas, preservar la función y renovar el paciente a la vida social, sin embargo, está marcado por el dolor, ya que estas lesiones

se encuentran entre las más dolorosas que el ser humano puede soportar ^(23,24).

El dolor de quemaduras generalmente está relacionado con actividades específicas, como la limpieza de heridas, el desbridamiento, el baño, los cambios de vendaje y la fisioterapia ⁽²⁴⁾.

Por lo tanto, los vendajes aparecen como una de las principales causas de dolor, ya que los materiales pueden adherirse al lecho de la herida y, cuando se retiran, causan traumas en esa región, ya que los innumerables cambios diarios de estos debido a la gran cantidad de exudado de las heridas, las enfermeras deben tener cuidado al realizar el intercambio y elegir los productos que se utilizarán en los revestimientos de heridas ⁽²⁵⁾.

La incomodidad causada por el dolor se refleja en el apetito, evitando la ingesta de calorías y nutrientes esenciales para esta afección clínica que manifiesta un mayor grado de hipermetabolismo. El déficit nutricional predispone a la sepsis, aumenta el riesgo de complicaciones, lo que contribuye a una mayor mortalidad ⁽²⁶⁾.

El patrón de sueño / descanso se ve afectado por el dolor, se observa que los colaboradores declararon que no podían dormir, se sentían cansados, mal y apáticos, lo que reflejaba directamente la recuperación / rehabilitación de los mismos.

Cabe señalar que el dolor por quemaduras hace que la experiencia sea más traumática para quienes lo experimentan, por lo que identificar el dolor como el quinto signo vital sugiere que la evaluación sea automática, debe evaluarse en todos los pacientes y tienen derecho a Tratamiento adecuado para su dolor. Existe evidencia de que el pronóstico

del dolor en pacientes con quemaduras depende de la forma en que los profesionales lo perciben, lo que indica que comprender el dolor es esencial ⁽²⁷⁾.

Los pacientes hospitalizados experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad e inactividad relacionados con la adaptación a un lugar extraño donde se rompen los lazos emocionales y se exponen a la enfermedad y la muerte. Se observa que los pacientes con poca o ninguna expectativa de desarrollar actividades recreativas sufren angustia, miedo, baja autoestima y poca socialización, debido a que permanecen acostados, además del silencio ^(28, 29).

El uso de la terapia artística en el entorno hospitalario rescata aspectos saludables, tales como: recuerdos del pasados de una manera más armoniosa, dando un significado positivo a la enfermedad, alegría, visión del futuro, deseo de cambio, autoconocimiento, autoestima y una sensación de bienestar. Por lo tanto, las terapias complementarias como la relajación, la aromaterapia y la musicoterapia se pueden utilizar como una forma de proporcionar este bienestar durante la hospitalización ^(29,30).

Además de estas actividades, la musicoterapia, la aromaterapia, la cromoterapia, es decir, las terapias integradoras y complementarias, que muestran resultados positivos contra el estrés, el dolor y la ansiedad, se pueden incluir como una estrategia de plan de cuidados de enfermería, que facilita el manejo del paciente con su estado clínico y el diálogo entre él y su cuidador ⁽³⁰⁾.

La interacción social posterior a la quema se incrementa en la esfera interfamiliar, que es una especie de apoyo y refugio, mientras

que las relaciones no familiares se reducen. El deseo de trabajar del paciente permanece sin cambios, y también agrega sentimientos de anhelo y apreciación del trabajo / ocupación como una forma de ascensión social, identidad y subsistencia ⁽³¹⁾.

El ser humano no se adapta a las condiciones que proporciona el entorno natural, pero tiene la necesidad, a través del trabajo, de transformar el entorno para producir los medios de su existencia. Entonces, para sobrevivir necesita su relación con la naturaleza y el trabajo. Al transformar la naturaleza, el hombre se transforma a sí mismo, convirtiéndose en un punto culminante en la vida de los colaboradores.

El regreso a la ocupación se asocia positivamente con la calidad de vida de la persona quemada después de la rehabilitación, sin embargo, los estudios han demostrado que la mayoría de los pacientes no pueden regresar al trabajo después de la lesión debido a las secuelas, sentimientos de preocupación, angustia, sensación de invalidez que culmina en la ausencia de participación social y ruptura en los roles previamente asumidos, estos cambios generan sentimientos de frustración, dependencia e incapacidad ⁽²⁰⁾.

Con el tiempo, la persona quemada asimila lo que le sucedió y también expresa dudas sobre cómo se verá su cuerpo. Pueden surgir preocupaciones sobre la posibilidad de traumatismos que causen cicatrices, secuelas estéticas y / u deformidades ⁽²⁰⁾.

Teniendo en cuenta los datos anterior, se percibe la complejidad del tratamiento y las experiencias de la persona quemada durante la hospitalización, en este contexto, durante la atención de enfermería, la enfermera pone

a disposición la Teoría de las necesidades humanas básicas, que puede contemplar suavemente necesidades de esa clientela.

Es importante resaltar que el paciente quemado debido a la pérdida de tejido y al riesgo de infección, tiende a tener necesidades básicas deterioradas, como por ejemplo, oxigenación, hidratación, seguridad y nutrición, entre otros.

Además de estos aspectos, los informes muestran los impactos negativos además de los aspectos psicobiológicos, pero también los psicosociales y psicoespirituales, que interfieren en el estilo de vida de la persona y su familia ⁽³³⁾.

CONCLUSIÓN

El estudio se centró en investigar la experiencia de las personas hospitalizadas con quemaduras. Los cambios significativos experimentados durante la hospitalización están relacionados con limitaciones físico-funcionales, reformulación de las relaciones interfamiliares / interpersonales, presencia de dolor, sentimientos de ociosidad y nostalgia. Los colaboradores de la investigación informan la existencia de un sentimiento de utilidad y una vida activa antes de la quemadura, durante la hospitalización se afirma la presencia del sentimiento de aprecio y anhelo. El momento de la quemadura está relacionado con un dolor intenso y pensamientos de muerte, el tratamiento a su vez es doloroso, solitario y transformador, la persona quemada se preocupa por su imagen corporal, proyecta aspiraciones para el futuro, donde el trabajo / la ocupación es primordial para una vida "normal" y la esperanza de curación y recuperación están presentes.

Se infiere que la hospitalización de la persona con una quemadura es compleja, involucra factores físicos, emocionales y sociales, lo que refleja directamente el comportamiento, los deseos, las acciones y las reacciones al tratamiento.

Los resultados de la investigación pueden servir como punto de partida para una asistencia más adecuada con intervenciones dirigidas a las necesidades de los pacientes quemados. Esta asistencia debe incluir, además de aspectos técnicos, aspectos creativos, donde el cuidado va más allá de la persona con la quemadura en sí, pero incluye la realidad familiar, socioeconómica, cultural y religiosa. Por lo tanto, el equipo de enfermería debe ofrecer una escucha calificada, humanismo y científicidad al cuidar a este público, prestando atención a sus miedos, ansiedades, preocupaciones y necesidades biológicas.

Ejemplos de intervenciones de enfermería para personas con quemaduras son: fomentar la interacción entre la persona y su familia a través de visitas; directrices dialogadas sobre el tratamiento y la importancia de la participación del paciente en la recuperación, la reinserción social y ocupacional; evaluación y manejo efectivo del dolor; El desarrollo de actividades recreativas, como juegos, lectura, musicoterapia, aromaterapia, círculos de conversación y proyecciones de películas. Estas intervenciones pueden proporcionar una hospitalización menos desagradable y dolorosa, corroborando para mejorar la calidad de vida de estos individuos.

Finalmente, este estudio contribuye a mejorar el conocimiento sobre el problema de las repercusiones de las quemaduras, lo que permitirá la atención de enfermería para per-

sonas con quemaduras excelentes, basado en una perspectiva de salud más amplia e integral.

REFERENCIAS

1. Giordani AT, Sonobe HM, Guarini G, Stadler DV. Rev. Complicações em pacientes queimados: revisão integrativa. Rev Eletrônica Gest Saúde [Internet]. 2016 [Cited 2017 jan 04]; 7(2):535-48. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3499/3187>
2. Costa GOP, Silva JA, Santos AG. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras. Ciên Saúde [Internet]. 2015 [Cited 2016 dez 15]; 8(3):146-155. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21360> doi:<http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2015.3.21360>
3. Marques MD, Amaral V, Marcadenti A. Perfil epidemiológico dos pacientes grandes queimados admitidos em um hospital de trauma. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2014 [Cited 2016 dez 15]; 13(4):232-5. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/224/pt-BR>
4. Santos AN, Ferro GM, Negrão MMC. Abordagem de cicatrizes por queimaduras com microagulhamento: revisão da literatura. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2016 [Cited 2019 nov 26]; 15(2):116-121. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/304/pt-BR>
5. Moraes LP, Echevarría-Guanilo ME, Martins CL, Longaray TM, Nascimento L, Braz DL, et al. Apoio social e qualidade de vida na perspectiva de pessoas que sofreram queimaduras. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2016 [Cited 2019 nov 26]; 15(3):142-147. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/309/pt-BR/apoio-social-e-qualidade-de-vida-na-perspectiva-de-pessoas-que-sofrem-queimaduras>
6. Schiavon VC, Martins CL, Antonioli L, Bartel TE, Saboia-Sturbelle IC, Cardozo-Gon-

- zales RI, et al. Reabilitação e retorno ao trabalho após queimaduras ocupacionais. *R Enferm Cent O Min* [Internet]. 2014 jan/abr [Cited 2016 dez 27]; 4:929-93. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/495> doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.495>
7. Chagas DC, Leal CNS, Teixeira FS. Assistência de enfermagem ao paciente com grandes queimaduras. *R Interd* [Internet]. 2014 [Cited 2016 nov 15]; 7(4):50-60. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/365/pdf_158
 8. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Editora Contexto; 2011.
 9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa (Portugal): Edições 70; 2009.
 10. Silva JAC, Lima AVM, Borborema CPL, Cunha LM, Martins MM. Perfil dos pacientes atendidos por queimaduras em um hospital de referência no norte do Brasil. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2015 [Cited 2019 nov 25]; 14(3):197-202. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/262/pt-BR>
 11. Marques MD, Amaral V, Marcadenti A. Perfil epidemiológico dos pacientes grandes queimados admitidos em hospital de trauma. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2014 [Cited 2017 jan 03]; 13(4):232-5. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/224/pt-BR/perfil-epidemiologico-dos-pacientes-grandes-queimados-admitidos-em-um-hospital-de-trauma>
 12. Kokiso D, Costa DPH, Cesário JCB, Sanchez DS, Gomes MASC, Vidal MA. Análise das vítimas de queimadura ocupacional internadas na unidade de terapia de queimados de Catanduva. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2015 [Cited 2016 dez 15]; 14:23-6. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/238/pt-BR/analise-das-vitimas-de-queimadura-ocupacional-internadas-na-unidade-de-terapia-de-queimados-de-catanduva>
 13. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Farina JA, Rossi LA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [Cited 2017 jan 03]; 20(1):155-166. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100155&script=sci_abstract&tlng=pt doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160021>
 14. Silva JAC, Lima AVM, Borborema CPL, Cunha LM, Martins MM. Perfil dos pacientes atendidos por queimaduras em um hospital de referência no norte do Brasil. *Rev Bras Queimaduras*. 2015 [Cited 2019 nov 25]; 14(3):198-202. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/262/pt-BR/perfil-dos-pacientes-atendidos-por-queimaduras-em-um-hospital-de-referencia-no-norte-do-brasil>
 15. Souza LS, Branco PCC, Branco ABAC. Percepções de psicólogas frente às crenças religiosas de pessoas hospitalizadas: estudo fenomenológico. *Rev NUFEN: Phenom Interd* [Internet]. 2019 [Cited 2019 nov 26]; 11: 71-85. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000100006
 16. Kim JS, Kaminsky AJ, Thayer JBSWP. New Innovations for deep partial-thickness burn treatment with Acell MatriStem matrix. *Advances in Wound Care* [Internet]. 2016 dec [Cited 2017 mar 30] 5(12): 546-552. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/wound.2015.0681> doi: <https://doi.org/10.1089/wound.2015.0681>
 17. Cavalcanti VL, Cavalcanti RLS, Barcelos LS. Conhecimento do enfermeiro no controle da dor do paciente queimado. *Revista Presença* [Internet]. 2016 [Cited 2017 mar 30]; 2(5):24-40. Available from: <http://revistapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/numerohum/article/view/77>

18. Babaii A, Abbasinia M, Hejazi SF, Tabaei SRS, Dehghani F. The Effect of Listening to the Voice of Quran on Anxiety before Cardiac Catheterization: a randomized controlled trial. *Health Spirituality Medic Ethics* [Internet]. 2015 [Cited 2017 jan 21]; 2(2):8-14. Available from: http://jhsme.muq.ac.ir/browse.php?mag_id=6&slc_lang=en&sid=1
19. Dias Júnior MJ, Rosa SVL. Trabalho, ideologia e a constituição do ser social: reflexões sobre a questão da identidade docente. *Trab Educação* [Internet]. 2015 [Cited 2017 jan 20]; 24(3):105-122. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/issue/view/450>
20. Souza Neto VL, Costa RTS, Lucena EA, Silva SC, Pereira VM, Silva RAR. Implementing the nursing process for a burn patient: a case study. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2018 [Cited 2019 nov 22] 26:e30962. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/30962> doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.30962>

Recibido: 26/05/2017

Revisado: 31/10/2019

Aprobado: 31/10/2019

Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.