

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA BOLIVIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA**



TRABAJO FINAL DE GRADO

MODALIDAD: TESIS

**EXPERIENCIA DE LAS MADRES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SU HIJO
CON QUEMADURAS DE 2do. Y 3er. GRADO. SALA DE QUEMADOS
HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUAREZ
ENERO DEL 2016**

PREVIO OPCIÓN AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

SANTA CRUZ DE LA SIERRA-BOLIVIA

2017

NICOLÁS TACA AÑEZ



TRABAJO FINAL DE GRADO

MODALIDAD: TESIS

**EXPERIENCIA DE LAS MADRES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SU HIJO
CON QUEMADURAS DE 2do. Y 3er. GRADO. SALA DE QUEMADOS
HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUAREZ
ENERO DEL 2016**

SANTA CRUZ DE LA SIERRA-BOLIVIA

2017

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada uno de mis docentes por su entrega, paciencia y compromiso para enseñarnos la maravillosa labor de ser enfermero.

En especial a las licenciadas Viviana Morales, Sofía Maldonado, Isabel Saucedo y Marylin Ayala por desafiarme a dar lo mejor de mi marcando en mi vida disciplina, amor y responsabilidad.

A mi tutora, la licenciada Albertina Zavala por su asesoría, tiempo y motivación para realizar mi trabajo de grado.

Al Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suarez por permitirme realizar esta investigación en su establecimiento.

DEDICATORIA

A mi hija, Yovana por ser una persona muy especial, que me colabora y apoya en cada momento, dándome fuerzas para poder realizar este trabajo de Tesis, y lograr culminar una de mis metas.

Y a una persona muy especial...

INDICE GENERAL

	Pág
CAPÍTULO I: COMPONENTES INTRODUCTORIOS	
1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema.....	2
3. Pregunta de investigación	3
4. Hipótesis	3
5. Justificación.....	4
6. Objetivos	5
CAPITULO II: COMPONENTES PRINCIPALES O DESARROLLO	
1. Balance del estado de la cuestión.....	6
2. Marco teórico.....	8
3. Marco conceptual	22
4. Marco referencial.....	25
5. Definición operacional de las variables	26
6. Diseño metodológico de la investigación	28
7. Universo y muestra	28
8. Estrategias para obtener los datos	29
9. Técnicas e instrumentos de recolección de la información	29
10. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación.....	30
11. Procedimientos para el analisis de los datos.....	30
CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
1. Conclusiones	49
2. Recomendaciones	50
CAPITULO IV: COMPONENTES COMPLEMENTARIOS	
Bibliografía.....	51
Anexos.....	54

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1: Distribución de niños hospitalizados con quemaduras de 2do y 3er grado según sexo. Gestión 2014-2016.....	31
Cuadro 2: Distribución de las madres, según la edad	33
Cuadro 3: Distribución de las madres según el último año de estudio	35
Cuadro 4: Distribución de las madres, según el trabajo que desempeñan	37
Cuadro 5: Distribución de los niños con quemaduras, según como sucedió la quemadura.....	39
Cuadro 6: Distribución de las madres, según la impresión de la madre	41
Cuadro 7: Distribución de las madres, según la persona que le brindó la orientación sobre los cuidados requeridos por el niño.....	43
Cuadro 8: Distribución de las madres, según la calidad de la información recibida	45
Cuadro 9: Distribución de las madres, según el tipo de orientación recibida	47

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Distribución de niños hospitalizados con quemaduras de 2do y 3er grado según sexo. Gestión 2014-2016.....	32
Gráfico 2: Distribución de las madres, según la edad	34
Gráfico 3: Distribución de las madres, según el último año de estudio.....	36
Gráfico 4: Distribución de las madres, según el trabajo que desempeñan	38
Gráfico 5: Distribución de los niños con quemaduras, según como sucedió la quemadura.....	40
Gráfico 6: Distribución de las madres, según la impresión de la madre	42
Gráfico 7: Distribución de las madres, según la persona que le brindó la orientación sobre los cuidados requeridos por el niño.....	44
Gráfico 8: Distribución de las madres, según la calidad de la información recibida	46
Gráfico 9: Distribución de las madres, según el tipo de orientación recibida	48

1. INTRODUCCIÓN

Los niños que tienen quemaduras de 2do y 3er grado, sufren un proceso traumático, debido al tiempo de recuperación y atención que necesitan. Sin embargo, no es solo el niño, sino todo el entorno familiar y especialmente la madre, porque ella en la mayoría de los casos es la que dedica su tiempo a la atención del niño, sufre muchos problemas como: falta de dedicación a los quehaceres del hogar o la ausencia a su fuente laboral; lo cual en muchos casos suele causar estrés y depresión.

Esta investigación se realizó con el objetivo de identificar las experiencias que viven las madres cuando uno de sus hijos sufre quemaduras y es hospitalizado por largo tiempo.

Para conocer la incidencia de niños se revisó los registros del Dpto. de Estadísticas, las historias clínicas y los registros de ingreso y egreso de la Sala.

Para identificar las experiencias de las madres se realizaron encuestas, se tabularon los resultados se proponen estrategias para mejorar la calidad de atención a las madres durante la hospitalización de sus hijos con quemaduras de 2do y 3er grado.

Los datos obtenidos demuestran que en el Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suarez de la ciudad de Santa Cruz la incidencia de niños con quemaduras es alta, predominan en el sexo masculino

Los resultados obtenidos demuestran que durante la hospitalización de un niño con quemaduras las madres sufren de depresión y estrés.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos, que se producen con mayor frecuencia en el hogar y en el ámbito laboral, son accidentes que se pueden prevenir

Las quemaduras en las edades pediátricas son un problema de salud pública, aparte del riesgo de morir, éstas pueden dejar secuelas invalidantes, funcionales y estéticas, que causarán trastornos psicológicos, sociales-familiares y laborales durante toda la vida (Fergel, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 265 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano, y casi la mitad, en la región de Asia Sudoriental:

En India, más de 1 millón de personas sufren quemaduras moderadas o graves cada año. En Bangladesh, casi 173 000 niños sufren quemaduras moderadas o graves cada año. En Bangladesh, Colombia, Egipto y Pakistán, el 17% de los niños con quemaduras sufre una discapacidad temporal y el 18%, una discapacidad permanente. Las quemaduras son la segunda causa de lesión más común en las zonas rurales de Nepal y provocan el 5% de las discapacidades.

En Estados Unidos aproximadamente 90.500 niños recibieron atención médica en sala de emergencia por lesiones causada por quemaduras de los cuales 58.100 fueron quemaduras térmicas, 22.600 fueron escaldaduras, 7.200 fueron quemaduras químicas y 2.600 fueron quemaduras eléctricas (Artigas, 2004). Las quemaduras por agua caliente de grifo provocan más muertes y hospitalizaciones que las quemaduras de cualquier otro líquido caliente.

En Bolivia se estima que anualmente, el 1% de la población sufre lesiones de tipo térmico, aunque la incidencia de lesiones ha disminuido en los últimos 6 años, se sigue presentando y afectan en mayor proporción a los niños en un 72%, las causas de las lesiones y los riesgos de muertes y lesiones por quemaduras, se ven influenciados por edad y condición económica.

A nivel del departamento de Santa Cruz las estadísticas del Hospital de Niños Mario Ortiz Suarez en el año 2011, dan cuenta de 3.000 pacientes atendidos al año. De estos, entre el 60% y el 65% son de sexo masculino y entre 35% y el 40% sexo femenino las estadísticas también revelan que en 7 de cada 10 niños, las quemaduras ocurren dentro de la casa; durante los meses de noviembre y diciembre un 12% para cada uno, coincidiendo con las fechas de celebración de Navidad.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las experiencias que viven las madres durante la hospitalización del niño quemado con quemaduras de 2do y 3er grado?

4. HIPÓTESIS

Las quemaduras de 2do y 3er grado en los niños pueden causar trastornos psicológicos, sociales-familiares y laborales, especialmente en las madres, por ser ellas las que asumen el cuidado del niño durante la hospitalización.

5. JUSTIFICACIÓN

Las quemaduras representan uno de los accidentes más frecuentes, graves e incapacitantes que existen. Se estima que un 85% podía evitarse, ya que se deben a descuidos, en general domésticos. La población más afectada son los niños menores a cinco años.

Los niños que sufren quemaduras de 2do y 3er grado, sufren un proceso traumático, debido al ingreso en un área extraña, las curaciones, y el largo tiempo de recuperación que necesitan. Sin embargo, no es solo el niño, sino la madre que en la mayoría de los casos es la que dedica su tiempo a la atención del mismo, sufriendo muchos problemas como falta de dedicación a los quehaceres del hogar, depresión y otros factores que influyen en la madre.

Relevancia Científica

Con esta investigación se logrará una descripción estadística de las experiencias que viven las madres durante el periodo de hospitalización del niño quemado.

Relevancia Social

Conocer las experiencias que viven las madres durante la hospitalización del niño con quemaduras de 2do y 3er grado para que el personal desarrolle estrategias para brindarles apoyo emocional a las madres desde el ingreso del niño y todo el tiempo que dura la hospitalización para prevenir situaciones que afectan su salud emocional previniendo la angustia y el estrés.

5.3 Relevancia Personal

Esta investigación es importante, porque permitirá generar información que será utilizada por los profesionales de salud para orientar a las madres sobre el cuidado del niño quemado durante la hospitalización y apoyo para prevenir el estrés y la depresión.

6 OBJETIVOS

Objetivo General

Proponer un programa de orientación y material de apoyo dirigido a las madres de niños con quemaduras internados en la Sala de Quemados Hospital de Niños Mario Ortiz Suárez.

Objetivos Específicos

1. Cuantificar la incidencia de niños con quemaduras de 2do y 3er grado hospitalizados en la Sala de Quemados del Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suárez.
2. Identificar las características socio demográficas de las madres de niños hospitalizados con quemaduras de 2do y 3er grado.
3. Describir las experiencias de las madres cuando llegan al hospital con niños quemados de 2do y 3er grado.
4. Analizar la orientación que brinda el personal de enfermería a las madres durante la hospitalización del niño con quemaduras.

1. BALANCE DEL ESTADO DE LA CUESTIÓN

Diversos estudios en diferentes países nos brindan datos acerca de las quemaduras de niños hospitalizados, así también la ciencia médica y clínica ha acumulado diferentes experiencias acerca de la importancia de la participación de los familiares (en especial de las madres) durante el periodo de hospitalización del niño para evitar los daños que causa la separación del binomio madre-hijo y además contribuir a una pronta recuperación del menor hospitalizado, a continuación presentamos una síntesis de aquellos estudios que tienen mayor relevancia.

1.1 Edades y agentes causales de quemaduras en niños

En Chile la Corporación de Ayuda al Niño Quemado (COANIQUEM 2001) hizo pública la *Encuesta de diagnóstico de la incidencia y prevalencia de quemaduras y factores asociados en menores de 20 años residentes en tres comunas del Área Occidente de la Región Metropolitana*¹, este estudio tenía el objetivo de diagnosticar la incidencia de las lesiones por quemaduras, así también como relacionar este tipo de lesiones con factores socio demográficos y clínicos en las comunas de Cerro Navia, Lo Prado y Pudahuel, en el área Occidente de la Región Metropolitana de Chile. Entre los resultados más importantes están la edad de las víctimas de quemaduras que oscila entre 0-4 años (70,5%) y sólo un 13,8% en niños de 5-9 años de edad, conforme la edad aumentaba la incidencia disminuía debido a la adquisición de mayor consciencia del niño debido a su desarrollo cognitivo, aunque no por ello dejaban de existir accidentes con quemaduras en niños ya llegando a la mayoría de edad.

En relación con el agente causal, el estudio reveló que el principal agente causal de quemaduras, que en el pasado era el líquido caliente, cambió para terminar siendo

¹Encuesta de diagnóstico de la incidencia y prevalencia de quemaduras y factores asociados en menores de 20 años residentes en tres comunas del Área Occidente de la Región Metropolitana. Tomado de: <http://www.coaniquem.cl/nuevo-mapa-de-la-quemaduras-en-chile/>.

los objetos calientes, llegando a producir un 42.4% de los incidentes con quemaduras en las comunas estudiadas en este país.

En Perú la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM) mediante su portal en internet ha publicado un estudio sobre pacientes en tratamiento y rehabilitación entre el año 2007 y 2008², de los cuales es posible observar que los niños de 0 a 14 años de edad, representan el 62% de los pacientes quemados. Otro de los datos importantes del estudio es: 1 de cada 3 niños que se hospitalizaron sufren quemaduras de más del 20% de superficie corporal (es decir, son grandes quemados).

²Estadísticas de pacientes pediátricos que entraron en rehabilitación en el periodo del 2007-2008.
<http://www.aniquem.org/estadisticas/>

2. MARCO TEÓRICO

Las lesiones por quemaduras constituyen una de las patologías en niños menores de cinco años, que con mayor frecuencia ocupan las consultas de urgencia, siendo la variedad de trauma que más frecuentemente deja en el paciente, graves y permanentes secuelas, dependiendo de la magnitud de la quemadura puede constituir un desafío para los médicos y enfermeras de urgencia, el intensivista y el cirujano especialista en lo que se refiere a lograr la experiencia del paciente.

Actualmente se entiende por quemadura “las lesiones producidas por alteraciones de origen térmico, calor o frío, sea cual sea el agente etiopatogénico y la presentación de dichas lesiones”³.

Las quemaduras se clasifican dentro de los traumas prevenibles, y constituyen una condición absolutamente no deseada por el paciente y su familia, pero las conductas rutinarias de la dinámica familiar establecen permanentes condiciones para que ocurran, ya que estos accidentes se concentran en los dos primeros años de vida, cuando no existe conciencia de riesgo, y por ende, son consecuencia de las acciones de los adultos que desconocen cómo sus actividades cotidianas exponen al niño.

Una quemadura puede variar desde una lesión pequeña hasta la forma más grave de agresión traumática que pueda sufrir el cuerpo humano. La gravedad de la quemadura depende de la temperatura del medio que la causó y la duración de exposición, también está determinada por su ubicación en el cuerpo, el tamaño, la profundidad, así como la edad y el estado físico de la víctima.

2.1 Fisiopatología de las Quemaduras

La exposición de la piel al calor puede resultar en desnaturalización de los procesos metabólicos celulares, lo que conduce a la necrosis, dependiendo de tres factores

³Brunner, L.S. Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol. 2. México: Interamericana McGraw-Hill, 1989 Pág 1124.

relacionados con el contacto térmico: la intensidad del calor, la duración de la exposición y la conductancia tisular.

Respecto de la histopatología de la piel lesionada por el calor, hace más de cuarenta años Jackson describió tres zonas concéntricas en extensión y profundidad con características propias, en las que la intensidad del daño celular es diferente.

Se evidencia primero una zona central con necrosis por coagulación sin actividad celular, rodeada por otra zona de menor intensidad de daño, con éxtasis vascular, y en la que hay gran actividad metabólica de keratinocitos y células de Langerhans, ambas poblaciones celulares inmunocompetentes, responsables de la exportación de inmunomediadores que participan en la "tormenta de citoquinas", en la que se producen múltiples efectos en tejidos y sistemas distantes al sitio de la quemadura.

La supervivencia de la piel lesionada de esta manera dependerá de los eventos que se sucedan en las 48 horas siguientes al momento de la termoagresión, y de esto además dependerá la morbimortalidad del paciente, dependiendo de la extensión de piel comprometida, por dos razones:

Primero porque cuando la cantidad de piel (extensión) es de magnitud mayor al 20% de la superficie corporal, la cantidad de citoquinas circulantes, y por ende sus efectos en membranas celulares y en sistemas especialmente cardiovascular, van a ser de mayor intensidad.

Segundo porque el compromiso de la perfusión, secundario a lo ya descrito y la magnitud del edema local en el tejido dañado, harán menos probable que se pueda salvar grandes extensiones de piel, la que en los días siguientes se manifestará con necrosis similar a la de la zona central que se coaguló primariamente, lo que obligará a escindirlos, dejando grandes extensiones de tejido celular y músculos expuestos, constituyendo una formidable solución de continuidad en la principal barrera de

defensa del medio interno, de forma que si el paciente sobrevive, será reparada con cicatrices generalmente inestéticas y deformantes.

Rodeando a las dos zonas concéntricas recién descritas hay una zona de hiperemia, en la que el daño celular es menos intenso, y aunque también participa exportando inmunomediadores, su recuperación generalmente es total en un lapso de 10 días, dejando entonces de constituir un problema y además disminuyendo la extensión de la superficie quemada.

Cuando la necrosis inmediata (coagulación) compromete sólo parcialmente el espesor de la piel, respetando las papilas dérmicas y sus apéndices, las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos con sus glándulas sebáceas, es posible que al desprenderse la escara se produzca una reparación por cicatrización, pero cuando el compromiso es de espesor total de la piel, sólo es posible reparar con un injerto de piel tomado del propio paciente.

La zona de éxtasis es un fenómeno local en que se produce una crisis de perfusión por déficit en el retorno venoso, lo que facilita el secuestro de líquidos en el intersticio. Es la piel de la zona de éxtasis la que está en riesgo de vitalidad, y a la que se dirigen los esfuerzos para rescatarla, los que de tener éxito resultan en la recuperación de extensión de quemadura, y en caso contrario, la isquemia conducirá a la necrosis. Es por eso que es tan importante el adecuado manejo del paciente en la restitución de volúmenes en cantidad y calidad adecuados durante los primeros dos días, especialmente en las primeras 8 horas de evolución.

El paciente generalmente es manejado durante este crítico período por médicos no especialistas, no entrenados y la mayoría de las veces con serias dificultades para conseguir apoyo técnico de centros especializados a los que se derivará finalmente el paciente, los que tendrán que asumir la conducción del caso, cuando ya los fenómenos fisiopatológicos han llevado irreparablemente a la pérdida de valiosa extensión de piel.

En el caso de las lesiones por contacto eléctrico la corriente eléctrica daña por su paso a través del organismo, por lo que la mayoría de las veces se observa una lesión puntiforme en el sitio de entrada y otra mayor en el punto de salida (contacto neutro, o "a tierra"), pero la necrosis tisular en profundidad es característicamente mayor. La magnitud del daño depende de tres factores, la duración del contacto, la intensidad de la corriente y la resistencia que ofrece el tejido.

En sentido práctico, el amperaje de la corriente es la cantidad de energía que atraviesa por la estructura, con una fuerza representada por el voltaje, a la que se opone una resistencia representada en forma inversa por la cantidad relativa de agua que tiene cada tejido en particular, siendo mayor en la piel seguida por hueso, grasa, nervio, músculo, sangre y fluidos corporales.

La resistencia al paso de la energía eléctrica se traduce en calor responsable de la coagulación, por lo que es difícil concebir quemaduras eléctricas que no sean graves, pero cuando el voltaje de la energía insultante es alto, se agrega el compromiso de los sistemas nervioso y cardiovascular, especialmente cuando el paso de la corriente atraviesa verticalmente el tórax, en que con frecuencia se ven lesiones en el plexo subendocárdico que se traducen en arritmias ventriculares, lo que da gravedad sistémica a un fenómeno que se nos presenta como localizado, muchas veces con pérdida de extremidades completas por trombosis de arterias y venas.

2.2 Atención inmediata al niño menor de cinco años con quemaduras

La atención inmediata inicial al niño con quemaduras es muy importante para preservar la vida, y prevenir complicaciones y secuelas, por lo que debe ser realizado por personal capacitado con base a protocolos estandarizados, se pueden considerar los siguientes pasos:

1.- Cerciorarse de que las vías aéreas estén permeables para prevenir daño cerebral.- Es posible que el niño al sufrir quemadura realice una inspiración refleja y aspire un cuerpo extraño. Es importante observar que el paciente pueda llorar, hablar, o que movilice aire sin dificultad, se debe examinar la faringe para descartar la presencia de cuerpos extraños, secreciones u hollín, para excluir la posibilidad de que el paciente sufra daños permanentes que ni siquiera dependen directamente de la lesión por quemadura.

2.- Observar que haya ventilación.- Que el murmullo vesicular sea simétrico en ambas bases pulmonares.

3.- Comprobar que haya perfusión Tisular adecuada.- Para eso es muy confiable la evaluación del llenado capilar y fundamental la estimación de la saturación de la hemoglobina con un oxímetro de pulso.

4.- Asegurarse que no haya ningún grado de déficit neurológico.- Cualquier grado de compromiso de conciencia se debe a shock hipovolémico hasta que se demuestre lo contrario. Sólo ocasionalmente hay causa paralela.

5.- Evaluar la extensión de las quemaduras.- La causa más frecuente de subestimación es la extensión de la quemadura por haber omitido este hábito, o por no haber examinado el cuero cabelludo, que representa parte importante de la superficie corporal del niño, y que está oculto por el pelo.

Junto con lo anterior y como primeras acciones en la atención inmediata, comprobar que el paciente no tenga en su superficie aún ropas mojadas con sustancias cáusticas, o que ropas sintéticas (poliéster, lycra, etc.) estén en combustión lenta luego de apagado el fuego.

Fundamentalmente, la forma más eficaz de detener el daño de la lesión por quemadura consiste en prevenir y manejar adecuadamente el shock.

Para poder conducir un manejo adecuado del niño es necesario conocer más datos que el simple hecho de que ha sido quemado. Siempre se debe consignar: Edad y peso del paciente, profundidad de la lesión y extensión de la quemadura.

2.3 El Cuidado del niño internado con quemaduras de 2do y 3er grado

Los cuidados de enfermería en el niño que presenta lesiones por quemadura tienen como objetivo:

- Proteger órganos y funciones vitales
- Reducir estrés neurológico y metabólico
- Disminuir riesgos de complicaciones
- Proporcionar bienestar o confort personal.

Por ello, es importante que el profesional de enfermería establezca la gravedad del niño con quemaduras, para poder tener objetivos claros de la asistencia general al niño; así como también, conocer la fisiopatologías de las quemaduras, por lo tanto es importante mantener la vía aérea libre, permeable y estabilizarla; también es necesario estabilizar el equilibrio hídrico; evaluar y estabilizar traumas y lesiones, y debe evaluar el dolor y la ansiedad en el niño.

2.4 Uso de antibióticos

Durante muchos años se ha usado antibióticos para prevenir infecciones en quemaduras. El fundamento de esta práctica se había planteado en el contexto de que los pacientes quemados, al sufrir daño a la principal barrera de defensa del medio interno, que es la piel, y al haber disfunción del sistema inmunocompetente, quedaban indefensos frente a infecciones por microorganismos tanto comensales de su tubo digestivo y de su piel, como los que podían agredirle desde el medio ambiente.

Sin embargo, cuando se administra un antibiótico, lo que se hace es eliminar sólo la flora que es sensible al antibiótico usado, produciendo una intervención en los sistemas ecológicos que resulta en sobrepoblación de las bacterias que son resistentes a ese fármaco, y cuando la infección se presenta, lo que se hace ahora bastante más probable, ya que se eliminó la natural competencia por espacio y por nutrientes del sistema, se ve en la obligación de usar otros antibióticos, que son más costosos, más tóxicos, y que establecen condiciones para que sobrevengan nuevas infecciones por bacterias más agresivos y por hongos.

Desde el año 1991 se ha suspendido definitivamente el uso de cualquier antibiótico con fines profilácticos de infección en quemados, y paradójicamente a la elaboración con que se fundamentó su uso, se ha comprobado que ahora se presentan mucho menos infecciones, y cuando ellas se presentan ocasionalmente, son por gérmenes que son fáciles de tratar con antibióticos de primera línea. La presencia de microorganismos resistentes son muy raras, y siempre han sido en pacientes que ya han usado algún antibiótico.

Para proteger a los pacientes de la infección se ha establecido que lo más útil es remover quirúrgicamente el tejido necrótico lo más precozmente que las condiciones clínicas del paciente lo permitan, y que en la prevención de la infección por gérmenes de origen del tubo digestivo, lo eficaz es la realimentación temprana y la prevención del shock, de manera que una mucosa digestiva constituya la barrera para detener la bacteria.

2.5 Manejo del dolor

Con la lesión de la piel se produce, si no destrucción, una alteración en la función de percepción y transmisión del estímulo perceptivo. Es así que receptores polimodales, como los de presión, tacto y temperatura, responden en forma unimodal, de manera que cualquier tipo y magnitud de estímulo es percibido sólo como dolor. El dolor resultante de daño tisular se acompaña de aumento de la actividad de las fibras

delgadas (de conducción rápida o fibras C), y disminución de actividad de las fibras gruesas (de conducción lenta o fibras D), de manera que cuando se recibe un paciente quemado, como en otros traumas, todos los mecanismos de dolor ya están activados como un estado hiperalgésico secundario máximo.

Hay que considerar también factores individuales con influencia en la percepción del dolor en niños, factores culturales, el umbral individual al dolor, la experiencia previa con el dolor, el nivel de angustia del niño y de sus padres, la intensidad de la experiencia dolorosa, el número que ocupa entre los hijos y el sexo.

El manejo del dolor en un paciente quemado pediátrico exige del conocimiento de mecanismos, vías de transmisión, receptores y mediadores que pueden ser inhibidos o potenciados de manera farmacológica. No debieran existir protocolos preestablecidos para manejar dolor. Es mejor diseñar el manejo en cada paciente individual, considerando la función de sistemas que puedan afectar la cinética de los fármacos, o condicionar toxicidad para el niño.

Así, en el paciente quemado menor es posible que baste con usar antiinflamatorios no esteroideos más un analgésico de acción central (p.e.: tramadol + ibuprofeno, o codeína + acetaminofeno), pero en un paciente quemado mayor, que de seguro requiere cuidado intensivo, con alteraciones en otros órganos y sistemas, con redistribución de líquido en los espacios corporales, habrá que pensar en infusiones continuas de opiáceos coadyuvados ocasionalmente con bloqueos regionales. No olvidar que la mejor forma de conducir el tratamiento del dolor es el tranquilizar al paciente y a su familia, dándoles la seguridad de que se tratará el dolor y se le aliviará.

2.6 Bases Fisiopatológicas de la Restitución de Fluidos

Se ha señalado que la reposición de volumen en la etapa de atención inmediata al paciente severamente quemado es la que marca toda la evolución posterior, en que la isquemia conduce a la necrosis de la piel quemada en espesor variable.

Hace 50 años los pacientes extensamente quemados morían por *shock* hipovolémico o por insuficiencia renal aguda. En los años siguientes, la restitución agresiva de volúmenes disminuyó considerablemente la mortalidad por esta causa, pero se agregó otro problema constituido por el edema resultante, tanto local como generalizado. El edema local conduce a la isquemia de la piel dañada, y el edema generalizado disminuye la distensibilidad pulmonar, aumenta la resistencia de la vía aérea y pone rígida la jaula torácica, así que está lejos de ser un mal menor y una condición que tengamos que estar dispuestos a asumir (Rev. chil. pediatr. v.70 n.4 Santiago jul. 1999. Revista chilena de pediatría).

En el tejido quemado, como efecto directo del calor y por la acción de citoquinas y radicales de oxígeno, se produce daño a la vasculatura representado por ruptura de las uniones estrechas entre las células endoteliales, formándose en los capilares amplios orificios que permiten el paso de moléculas tan grandes como el fibrinógeno, por los que se pierde rápidamente importantes cantidades de la albúmina responsable de la presión coloido-oncótica del plasma, resultando en exflujo de líquido y proteínas desde el espacio vascular hacia el intersticio. Este fenómeno se produce rápidamente durante las primeras horas de evolución y se mantiene por varios días, sumándose la acción de inmunomediadores y vasodilatación con el consiguiente aumento de la presión hidrostática, por lo que discretos cambios de presión resultan en marcado aumento del contenido de líquido y proteínas del intersticio.

Por bastante tiempo se pensó que los inmunomediadores, en la denominada "Tormenta de citoquinas", por la gran cantidad circulante exportada desde el tejido quemado por células inmunocompetentes como las de Langerhans y queratinocitos, que juntos constituyen más del 95% de la población celular de la piel, producían también un considerable aumento de la permeabilidad capilar en todo el organismo, pero ahora se sabe que el aumento en el contenido de agua en el tejido no quemado es causado por la severa hipoproteinemica secundaria al atrapamiento de albúmina en el tejido quemado, lo que produce un desbalance de las fuerzas de Starling (Las

fuerzas que regulan el pasaje de líquido capilar intersticial), resultando en el exflujo, que además es favorecido por la depleción de proteínas del intersticio. De esta manera, el medio interno queda prácticamente compuesto por dos compartimientos corporales: el espacio intracelular y el intersticio.

2.7. Complicaciones de las quemaduras

Las quemaduras usualmente se acompañan de complicaciones que pueden afectar cualquier órgano. El trastorno circulatorio en fase de reanimación y en fase de sepsis es una catástrofe mayúscula que influencia toda la fisiología del paciente. De alguna forma y con variaciones en su presentación, se ven envueltos en las complicaciones los sistemas neuroendocrinos, metabólicos, inmunológicos y de coagulación. Responsables de estas complicaciones entre otros, son aquellos mediadores farmacológicos de respuesta inflamatoria liberados a la circulación, algunos de estos son útiles para la homeostasis circulatoria, defensas del huésped y cicatrización de la herida, sin embargo, en algún punto de la evolución de la quemadura pueden contribuir al desarrollo de fallo multiorgánico (FMO).

En la fase de recuperación y cicatrización de la quemadura, se presenta:

Cicatriz hipertrófica y queloidea.- La cicatriz hipertrófica, localizada en la dermis, es de características fibrosa, eritematosa, abultada y pruriginosa. Producida por desórdenes fibroproliferativos, en el área de la quemadura, habitualmente originada en una zona de alta tensión de la piel, ya sea por el edema o pérdida de la continuidad de la misma.

La cicatriz queloidea, es de aspecto tumoral con contornos irregulares pero bastante marcados, suelen presentarse con un aspecto hiperpigmentado, de color rosa o púrpura.

Ambos tipos de cicatriz son de aspecto antiestético y cuando se forman en lugares de gran movilidad, pueden disminuir en gran consideración su funcionamiento. El

paciente puede tener serios problemas de autoestima y reintegración a la sociedad debido al aspecto de sus cicatrices, sobre todo cuando están presentes en áreas más visibles como cara, cuello, antebrazos, etc.

Complicaciones sépticas.- La piel es el órgano más grande del cuerpo, funciona como barrera protectora contra gérmenes, virus y rayos ultra violeta; le da forma a la figura humana, protege a los músculos y órganos internos, y también regula la temperatura corporal.

La piel es la responsable de actuar como barrera a todos los organismos patológicos que puedan afectar al cuerpo, en una quemadura, la piel pierde su característica de barrera, dejando pasar cualquier microorganismo que puede causar infección en el cuerpo.

2.8 La madre durante la hospitalización del niño quemado

Se debe tomar en cuenta que el cuidado de la madre hacia el niño, radica en dos aspectos: en el social y psicológico. Sin embargo para el presente estudio se debe tomar en cuenta el cuidado psicológico que debe brindar la madre hacia el mismo, especialmente el apoyo que debe brindarle en lo referente a aspectos socio-afectivos que van íntimamente relacionados con el autoestima del niño.

La madre es un apoyo fundamental en pacientes quemados al estar al lado de su hijo hace que él se sienta más seguro y es parte de la curación porque ayuda a una recuperación rápida y es un apoyo para el personal de enfermería porque cuenta con su colaboración en todo momento.

La madre al tener un hijo con quemaduras sufre el dolor, la ausencia de su hogar y el tener que abandonar sus quehaceres, su trabajo o incluso a los demás hijos y a esposo.

En el pasado en los hospitales al ingresar a un niño sin importar su edad este era separado de sus familiares, no pudiendo formar parte de los cuidados generales que

el personal médico brindaba al niño durante este periodo, esta separación producía ansiedad angustia y ansiedad hospitalaria (Carmen Ana Valdez et. Al., 2009) ante esta situación los hospitales vieron la necesidad de la implementación de los horarios de visitas.

En los años 50 fue que aparecieron los trabajos de Rene Spitz médico y psicoanalista quien observó las reacciones de los lactantes hospitalizados por largos periodos, quienes después de un tiempo no reconocían a sus madres y eran incapaces de establecer lazos afectivos con otras figuras sustitutas.

En 1952 se demostró la aparición de alteraciones psicológicas a largo plazo que se manifestaban en niños con experiencias de hospitalización difícil, quienes habían sido visitados por sus padres, pero sin que se permitiera la permanencia estable de ellos. Se planteó la importancia de la vivencia de la privación materna y la ansiedad de separación que afectaba especialmente el apego en los niños menores durante la hospitalización, teniendo consecuencias posteriores en el desarrollo emocional (García Ricardo, 1994). Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez, de estos un 10% a un 37 % presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento (García Ricardo, 1994).

Se ha observado efectos benéficos del acompañamiento de la familia en la calidad de la atención médica, mantención del rol afectivo y estado nutricional, disminución de la infección nosocomial, mejoría de la reacción de duelo y menor costo por hospitalización y, aunque se han presentado dificultades, éstas son menores y solucionables, relacionadas con trastornos de la dinámica familiar, angustia y ansiedad materna, alteraciones de convivencia y comunicación.

Frente a los accidentes de quemaduras no se puede separar la reacción de los padres y el afrontamiento de la familia, de la reacción del niño. Es por ello que cuando un niño se quema, la lesión que se provoca trasciende el daño tisular afectando biopsicosocialmente al menor y su familia y en especial a la madre quien

asume la responsabilidad del cuidado del niño durante la hospitalización (Capdeville & Medina, 1998).

2.9 Orientación que debe brindar el personal de enfermería a la madre durante la hospitalización del niño quemado.

Castillo y Santander (1996), se refieren a las reacciones de la familia y de los padres del niño cuando se enfrentan a una quemadura, señalando diversas etapas de ajuste. Estas etapas se caracterizan en un primer momento por la desorganización, confusión y angustia; posteriormente y en algunos casos por fuertes sentimientos de culpa, en otros por rabia e impotencia. Estos estados emocionales provocarían un bloqueo en las habilidades parentales de acogida y entrega de afecto, como también en aquellas de control y guía de sus hijos.

En un inicio se debe explicar a las madres que dependiendo del grado de las quemaduras y su extensión el niño va a ser internado para su recuperación; y los cuidados sobre su permanencia.

Una vez internado el niño, durante el periodo de recuperación las madres están al cuidado del niño, son quienes les dan la alimentación diaria, son también comunicadoras que informan al personal de enfermería cuando el paciente se encuentra dolorido o ha terminado su hidratación o suero y de forma general están atentas a cualquier otro suceso relevante que pudiera requerir la atención clínica.

El personal de enfermería en coordinación con los miembros del equipo de sala (médico, psicóloga, trabajadora social) brindan apoyo emocional al escucharle atentamente y responder con paciencia las diferentes preguntas que la madre pueda realizar, así mismo ofrecen orientación exclusiva a las madres para disminuir las experiencias dolorosas y negativas durante la hospitalización del niño con quemaduras de segundo y tercer grado.

Además de ello el Hospital debe contar con profesionales para atender a los padres y niños que requieran apoyo psicológico y ayudar a las madres a prevenir el estrés. De forma general el personal de enfermería debería brindar a las madres información acerca de los puntos siguientes:

Informar a la madre que ha de mantener las heridas limpias y secas, cambiando los pañales cuando el niño orina en la forma indicada, y que deberá mantener limpio y seco los pañales para prevenir las infecciones cruzadas.

Los integrantes del equipo de salud del Servicio de Quemados, a fin de tratar de manera más integral el daño provocado por el accidente deben tomar en cuenta el estado emocional y las reacciones de los padres del niño con quemaduras para así, prevenir situaciones de angustia, ansiedad y estrés, para que apoyen el proceso del cuidado del niño y favorecer el proceso de curación.

Es importante, en este sentido que el personal del equipo de salud oriente a la madre acerca de los aspectos en los que puede colaborar con el cuidado del niño sobre el apoyo que puede brindar en el cuidado correcto del niño, por ejemplo puede colaborar en la alimentación, e hidratación; en caso de los injertos podrá verificar que el niño no se mueva y también percatarse del surgimiento de alguna complicación ya sea con la zona receptora del injerto o la zona donante.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Quemaduras de 2do y 3er grado

La quemadura es la descomposición que sufre un tejido orgánico al entrar en contacto con el fuego o con una sustancia corrosiva o cáustica. Más allá de esta descomposición, se conoce como quemadura a la llaga, ampolla o impresión que hacen el fuego o las cosas muy calientes.

3.2 Clasificación de las Quemaduras

Las quemaduras se clasifican según gravedad como: 1er, 2do y 3er grado, dependiendo de qué tan profundo y con qué severidad penetran la superficie de la piel.

3.2.1 Quemaduras de 1er Grado

Las quemaduras de 1er grado afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel. El sitio de la quemadura es rojo, doloroso, seco y sin ampollas. Las quemaduras leves del sol son un ejemplo. Es raro el daño a largo plazo del tejido y generalmente consiste de un aumento o disminución del color de la piel.

3.2.2 Quemaduras en 2do Grado

Las quemaduras de 2do grado involucran la epidermis y parte de la capa de la dermis de la piel. El sitio de la quemadura se ve rojo, con ampollas y puede estar inflamado y ser doloroso.

Quemaduras pueden ser según la profundidad:

a) Superficial:

Compromete la epidermis y parte superior de la dermis, sana fácilmente y se manifiesta con palidez, eritema y dolor. Se pueden presentar flictemas. Su cicatrización puede tardar entre 12 y 15 días.

b) Profunda:

Tarda más tiempo y se puede convertir en una de tercer grado debido a la infección, el daño en la piel es parcial y compromete la dermis. Los signos que podemos encontrar son: dolor, flictemas, sensibilidad al aire y en ocasiones, pérdida de la parte de la piel en el lugar afectado, cicatriza en aproximadamente 18 días.

3.2.3 Quemaduras de 3er Grado

Las quemaduras de 3er grado destruyen la epidermis y dermis y pueden dañar el tejido subcutáneo, tejido adiposo, músculo y/o hueso. La quemadura puede verse blanca o carbonizada.

Signos que encontramos:

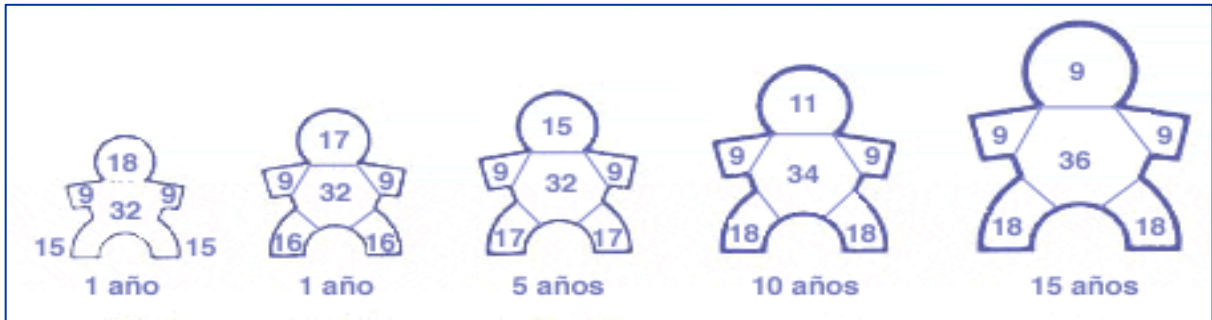
- La lesión suele ser indolora ya que los nervios quedan neutralizados, si se presenta dolor es consecuencia de las quemaduras de 1er y 2do grado que rodean a la herida.
- La piel se torna seca como cuero
- Edema

Es posible distinguir entre distintos tipos de quemaduras. Se conoce como quemadura térmica a aquella producida por el contacto con llamas, superficies calientes u otras fuentes de alta temperatura. Las quemaduras térmicas también pueden producirse por elementos a temperaturas muy bajas.

Las madres necesitan informarse acerca del proceso de recuperación que es lento y que el niño puede necesitar de una atención constante sobre todo de su parte, igualmente se le puede enseñar a la madre la diferencia entre las quemaduras de 1er, 2do y 3er grado dependiendo del caso del niño.

Quemaduras según la extensión

Para calcular, en términos de porcentaje, la extensión de una quemadura de los segmentos corporales de un niño, se usa la regla de la palma y en los mayores de 9 años, la regla de los 9.



Según la extensión, Benaim clasifica las quemaduras en:

- Benignas: menos del 10% de la superficie corporal quemada (SCQ)
- Graves: 10% al 33% de la SCQ.
- Muy graves: más del 33% de la SCQ.
- Mortales: más del 50% de la SCQ.

Localización

Según la localización de la quemadura, existen áreas del cuerpo denominadas zonas neutras, y otras zonas especiales.

Las zonas neutras son aquellas que tienen poco movimiento y en donde la retracción que sufre durante el proceso cicatrizal es menor y por lo tanto, la posibilidad de dejar secuelas funcionales se aleja.

Las zonas especiales, que son aquellas fundamentalmente estéticas y funcionales (cara, cuello, mamas en la mujer) o pliegues de flexión que tienen gran movilidad y capacidad de extensión (manos, codos, axila, hueco poplíteo, pies, entre otros) y aunque no son de compromiso vital, se consideran de suma gravedad.

4. MARCO REFERENCIAL

El presente estudio de investigación se realizó en la Sala de Quemados del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”, ubicado en la Calle Buenos Aires y Santa Bárbara.

La Sala de Quemados del Hospital de Niños cuenta con 14 camas distribuidas en 2 salas una con 6 cunas y otra con 6 camas grandes; 2 camas de Terapia además de un Quirófano, un Consultorio, una sala de espera, una sala de curaciones y una sala con tina para baño de pacientes.

En cuanto a personal, cuenta con: 8 Licenciadas en enfermería, 10 auxiliares de enfermería distribuidas en diferentes turnos, con 3 médicos cirujanos plásticos y con 1 anestesiólogo.

Al mes se atiende un promedio de 20 niños con quemaduras siendo las principales causas la electricidad, agua caliente, fuego directo y ácidos.

El servicio de quemados brinda atención las 24 horas, tanto en turno mañana, tarde, noche y feriados; con personal especializado.

Los niños están internados dependiendo de la extensión de la quemadura como del grado pueden estar 15 días, un mes y hasta tres meses.

Durante la hospitalización del niño el personal de enfermería orienta a la madre acerca de los cuidados que requiere en su caso en particular permitiéndole acompañar al niño todo el tiempo que considere necesario.

Proponer estrategias educacionales y realizar campañas de prevención de accidentes con quemaduras tomando en cuenta principalmente la prevención en viviendas de escasos recursos.

5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

1.- Describir las experiencias que viven las madres durante la hospitalización de su hijo con quemaduras de 2do. y 3er. para diseñar un programa educativo dirigido a las madres. Sala de Quemados del Hospital de Niños Mario Ortiz Suárez durante el mes de Enero del 2016.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad de la Madre	Tiempo de vida de una persona desde que nació hasta el momento de evaluación.	Edad	> - 19 20 – 29 30 – 49 50 – >
Último año de estudio	Grado de estudios realizado por la madre.	Grado de instrucción	Ninguno Primaria Secundaria Bachiller Universidad
Trabajo que desempeña	Ocupación u oficio que realiza la madre cotidianamente.	Actividad laboral que realiza.	Ama de Casa Independiente Secretaria
Como sucedió la quemadura	Circunstancias en las que sucedió la quemadura del niño.	Lugar y objetos.	Con leche caliente. Con la Plancha Caño de moto

Impresión al ver al niño quemado	Sentimientos o la reacción que tuvo al ver a su niño quemado.	Emociones	Angustia Estrés Incertidumbre Preocupación
Ha recibido Orientación sobre quemaduras	Información brindada por el personal de Enfermería.	Orientación recibida	Si No
Quien le orientó en el hospital	Persona que brindo la orientación a la madre	Quien le brindó orientación	Médico Enfermera Otros.
Como califica la calidad de información recibida	Evaluación subjetiva acerca de lo recibido.	Valoración de la madre acerca de la orientación recibida	Mala Regular Buena Excelente
Sobre que le orientaron	Temas o puntos abordados en la orientación	Cantidad de temas expuestos.	El cuidado de las quemaduras La recuperación del niño Información para prevenir las quemaduras en niños Todos los anteriores

6. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACION

Según el enfoque, la presente investigación es cualitativa y cuantitativa (Mixta) porque se han recolectado opiniones de las madres así también como datos numéricos.

El alcance, es descriptivo porque se describen las características socio demográficas de las madres y las experiencias que viven durante la hospitalización de su hijo que sufrió quemaduras de segundo y tercer grado.

El diseño es no experimental porque no se manipulan las variables.

7. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo conformado por 13 madres de niños internados con quemaduras de 2do y 3er grado en la sala de quemados durante el mes enero del 2016 de la Sala de Quemados del Hospital Mario Ortiz Suárez, la muestra se conformó con todo el universo, puesto que fue posible contactar a todas las madres que estaban presentes en la sala respectiva.

Instrumentos para recolectar la información

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información de la Sala de Quemados del Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suárez fueron:

Revisión del historial clínico de los niños quemados con el fin de conocer su diagnóstico y el tipo de quemadura sufrida.

Revisión de documentos estadísticos internos del Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suárez.

Cuestionario para las madres de los niños hospitalizados en la Sala de Quemados del Hospital aplicado durante el periodo de Enero 2016.

8. ESTRATEGIAS PARA OBTENER LOS DATOS

Las estrategias para obtener la información fueron las siguiente: La Jefe de la Carrera de Enfermería de la Universidad Evangélica Boliviana solicitó mediante una carta la autorización de las autoridades del hospital de niños “Dr. Mario Ortiz Suarez” Hospital.

Se solicitó, mediante una entrevista, el consentimiento a las madres de niños internados en el servicio de quemados para la aplicación del cuestionario que recogerá información.

Se aplicó a las madres un cuestionario para conocer sus características socio demográficas y las experiencias que viven a partir del accidente sufrido por los niños

Entrevistó a enfermeros de distintos turnos para conocer la atención que brindan a las madres durante la hospitalización del niño con quemaduras.

Mediante observación se obtuvo información en relación con la participación de las madres en el cuidado del niño.

9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información en el Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suárez fueron:

Revisión del historial clínico de los niños quemados con el fin de conocer su diagnóstico y el tipo de quemadura sufrida.

Revisión de documentos estadísticos internos del año 2014 al 2016 del Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suárez.

Cuestionario para las madres de los niños hospitalizados en la Sala de Quemados del Hospital aplicado durante el periodo de Enero 2016.

10. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para garantizar los aspectos éticos en esta investigación fue importante aplicar los siguientes principios:

- 1) El respeto
- 2) Consentimiento informado (la participación es voluntaria)
- 3) Confidencial (para proteger la privacidad)

11. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS

La información recolectada fue almacenada y procesada mediante el paquete informático Excel 2010 con los cuales se creó la representación en cuadros y gráficos. La redacción de la encuesta y presentación del informe final fue realizada utilizando el programa editor de texto de Microsoft Word 2010.

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS HOSPITALIZADOS CON QUEMADURAS DE 2DO Y
3ER GRADO SEGÚN SEXO
HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUARES SANTA CRUZ
GESTION 2014 – 2016

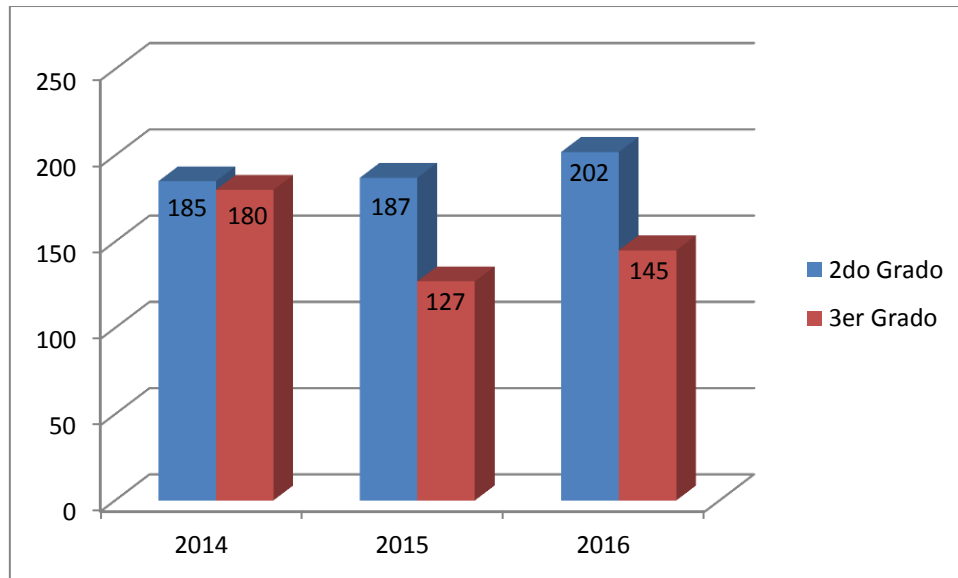
Gestión	2014				2015				2016			
	M	F	Total N°	%	M	F	Total N°	%	M	F	Total N°	%
2do Grado	114	71	185	51	102	83	187	59	123	79	202	58
3er Grado	111	69	180	49	85	42	127	41	93	52	145	42
TOTAL	225	140	365	100	187	125	314	100	216	131	347	100

Fuente: Estadísticas Internas del Hospital de Niños Mario Ortiz Suárez

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS HOSPITALIZADOS CON QUEMADURAS DE 2DO Y 3ER GRADO SEGÚN SEXO

HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUARES SANTA CRUZ
GESTION 2014 – 2016



Fuente: Cuadro 1

Análisis e Interpretación de los Datos

Es posible observar un aumento de los casos de quemaduras de 2do y 3er grado en el año 2016 con respecto al año 2015, estos datos demuestran que la mayoría de casos de quemaduras, fueron de segundo grado, aunque también hay una considerable cantidad de casos de quemaduras de 3er grado.

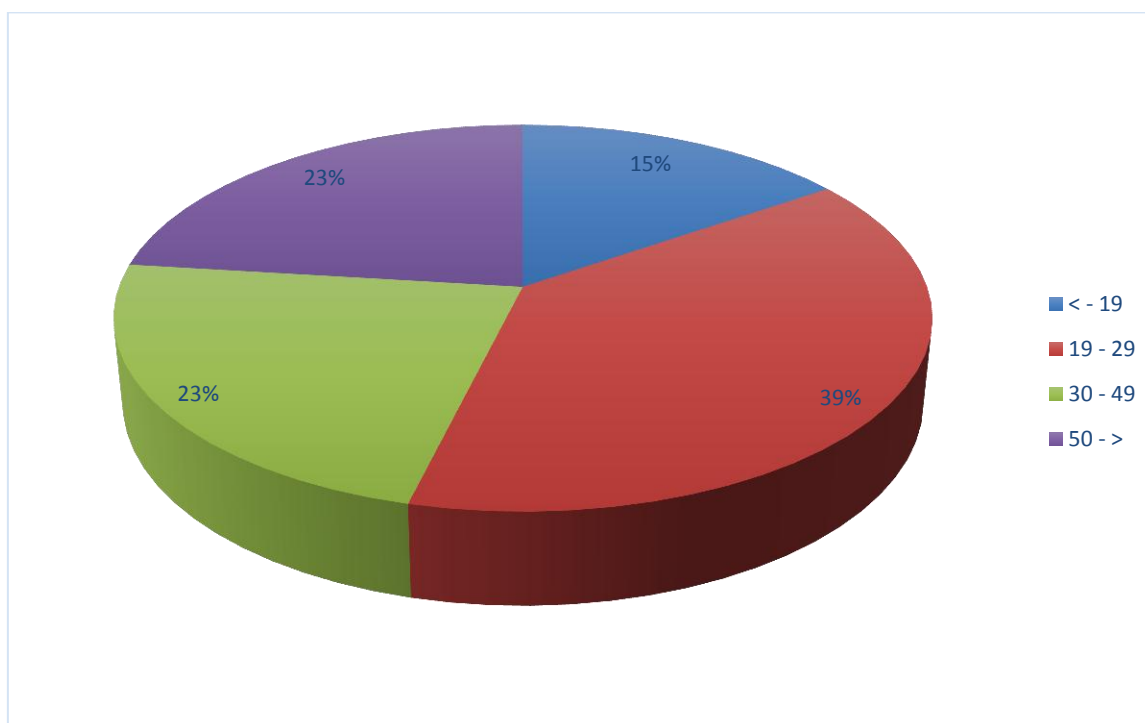
CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA EDAD

Edad en años	Nº	%
< - 18	2	15.4
19 –29	5	38.5
30- 49	3	23
50 - >	3	23
Total	13	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA EDAD



Fuente: Cuadro 2

Interpretación de los datos

Un 15, 38% de las madres tienen una edad de 19 años o menor; 38,46% tiene una edad entre los 19 y 29 años; 23,08% pertenece a la edad entre los 30 y 49 años; y 23,08% corresponde a una de 50 años o superior.

Análisis

Los datos obtenidos demuestran que el mayor número de madres de niños con quemaduras están comprendidas entre las edades 19 a 29 años; esto puede deberse a que tiene que trabajar fuera de casa y los niños quedan solos y es cuando ocurren los accidentes.

CUADRO 3

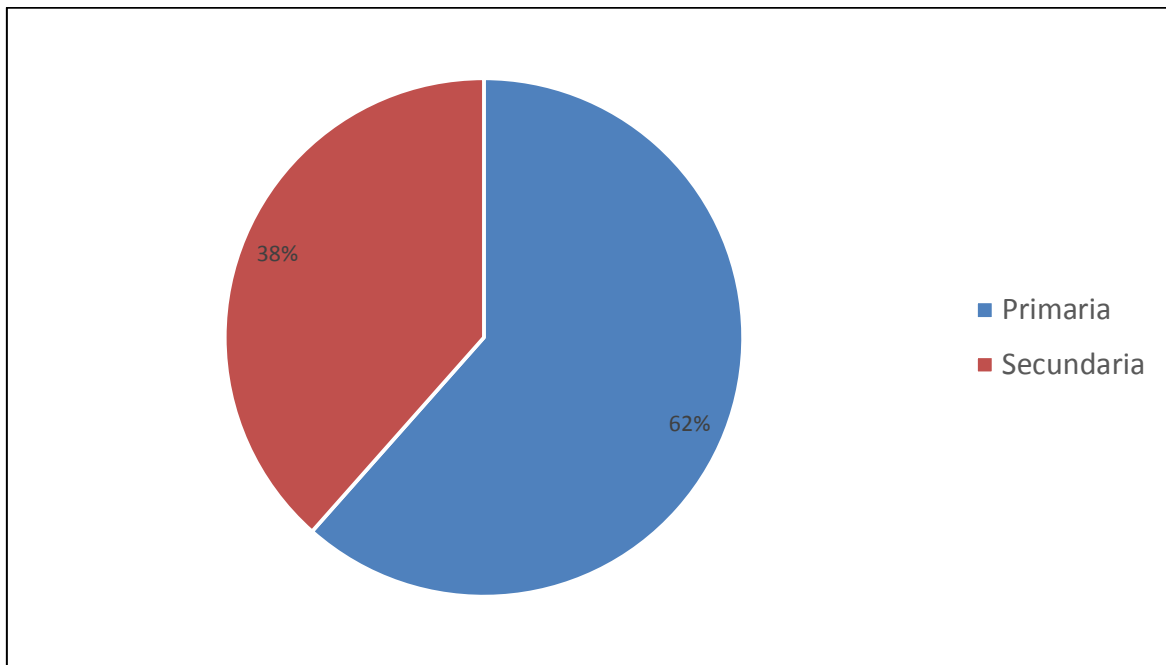
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO

Último año de Estudio	Nº	%
Primaria	8	61,54%
Secundaria	5	38,46%
Total	13	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO



Fuente: Cuadro 3

Interpretación de los datos

Un 62% de las madres encuestadas cuenta con educación primaria, mientras que el 38% cuenta con formación secundaria.

Análisis

Estos datos demuestran que la mayoría de las incidencias de quemaduras de 2do y 3er grado se han dado en niños cuyas madres han estudiado hasta el nivel primario; esto puede suceder porque las madres con bajo nivel de escolaridad muchas veces trabajan fuera del hogar dejando a los niños al cuidado de sus hermanos u otra persona.

CUADRO 4

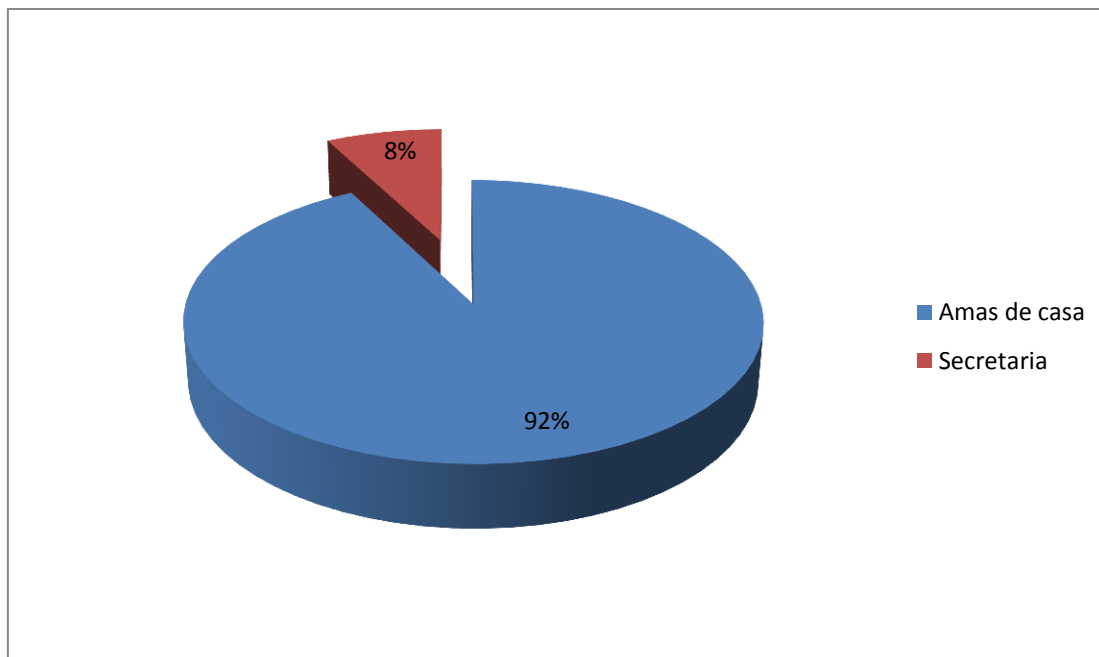
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EL TRABAJO QUE DESEMPEÑAN

Actividad que desempeña	Nº	%
Amas de casa	12	92,31%
Secretaria	1	7,69%
Total	13	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EL TRABAJO QUE DESEMPEÑAN



Fuente: Cuadro 4

Interpretación de los datos

Del total de madres encuestadas un 92,31% es ama de casa, y solo el 7,69% (1 madre) desempeña el trabajo de secretaria, ninguna madre aseguró ser comerciante o trabajadora independiente.

Análisis

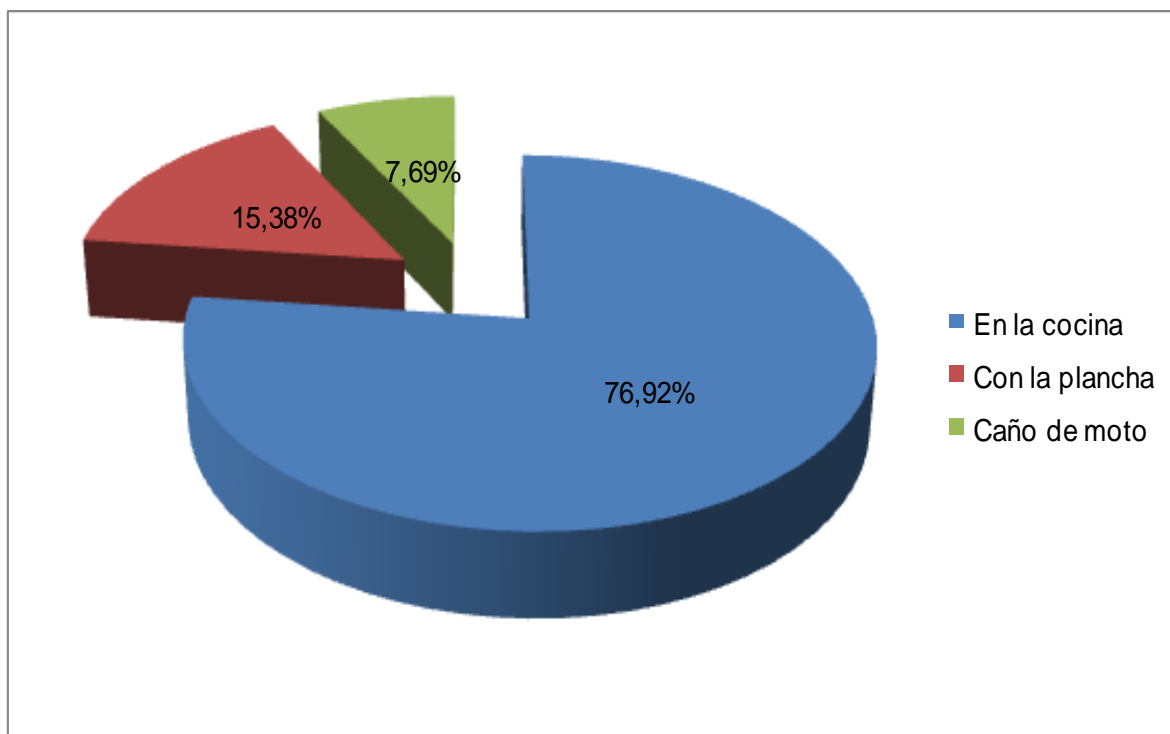
El autor observó durante las encuestas que las personas eran de escasos recursos o ingresos modestos, lo que hace pensar que las quemaduras suelen afectar con mayor frecuencia a este tipo de personas

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS CON QUEMADURAS SEGÚN COMO SUCEDIÓ
LA QUEMADURA

Cómo sucedió	Nº	%
Con la leche caliente	10	76,92%
Con la plancha	2	15,38%
Caño de moto	1	7,69%
Total	13	100,%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS CON QUEMADURAS SEGÚN COMO SUCEDIÓ
LA QUEMADURA



Fuente: Cuadro 5

Interpretación de los datos

El 76,92% de las madres encuestadas indicó que las quemaduras tuvieron su origen en la cocina, un 15,38% indicó que las quemaduras se produjeron con plancha y un 7,69% se produjo con caño de moto.

Análisis

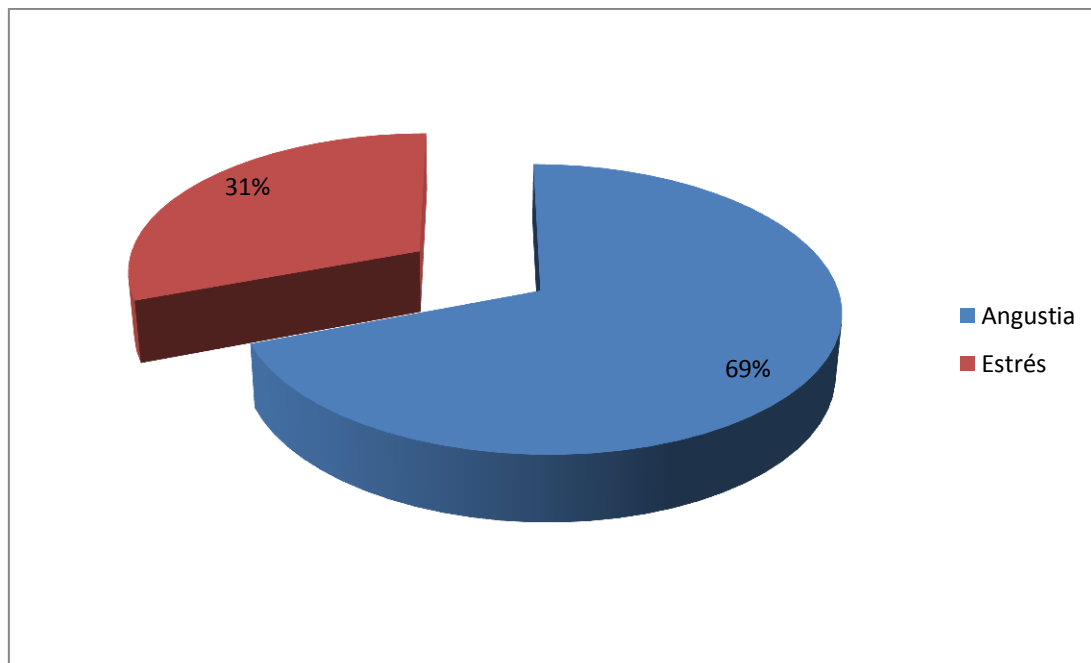
Como es posible apreciar en el cuadro y gráfico 5 la mayor cantidad de quemaduras de 2do y 3er grado ocurren con leche caliente en la cocina. Por lo que es necesario orientar a las madres sobre medidas para prevenir este tipo de accidentes en el hogar.

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA EXPERIENCIA QUE TUVO AL VER
A SU NINO QUEMADO

Primera impresión ante la quemadura	N°	%
Angustia	9	69%
Estrés	4	31%
Total	13	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 6
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA EXPERIENCIA QUE TUVO AL VER
A SU NIÑO QUEMADO



Fuente: Cuadro 6

Interpretación de los datos

Un 69% de las madres encuestadas aseguró entrar en un estado de angustia, 31% indicó que la mejor palabra para describir su impresión era el estrés.

Análisis

Estos datos demuestran que la respuesta emocional primaria es la angustia muy posiblemente ante el hecho de hacer algo que calme el dolor provocado por las heridas del niño, de la misma forma podemos ver que las madres pueden entrar en un estado de estrés ante la situación.

CUADRO 7

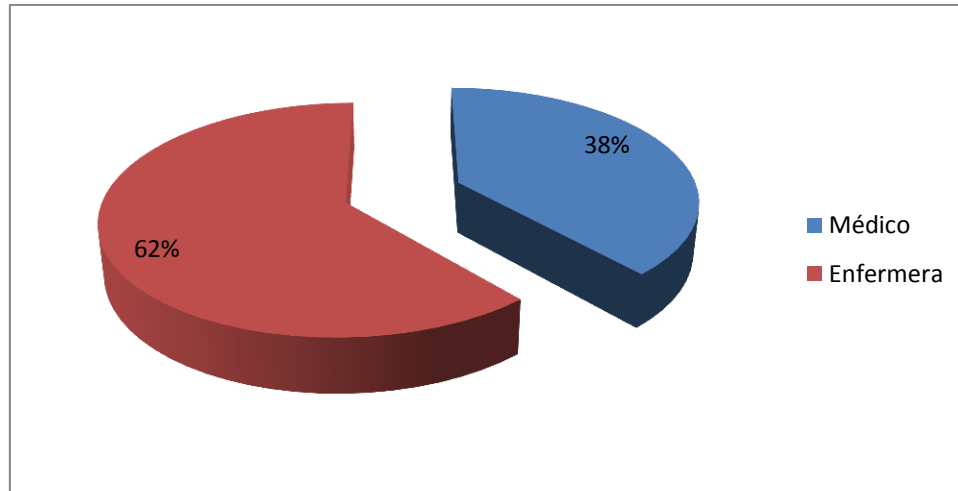
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA PERSONA QUE LE BRINDÓ ORIENTACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS REQUERIDOS POR EL NIÑO.

¿Quién le Orientó?	Nº	%
Médico	5	38,46%
Enfermera	8	61,54%
Total	13	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA PERSONA QUE LE BRINDÓ ORIENTACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS REQUERIDOS POR EL NIÑO



Fuente: Cuadro 8

Interpretación de los datos

El 100% de las madres encuestadas ha indicado que efectivamente han recibido orientación acerca de los cuidados que necesita el niño con quemaduras de 2do y 3er grado durante la hospitalización. Un 62% indicó que fue el personal de enfermería quien le orientó acerca de los cuidados que requiere el niño, un 38% de las madres recibió orientación por parte del médico asignado.

Análisis

Debido a que la madre es una de las figuras que más atención llega a prestar al niño es esencial que se le brinde algunos detalles relacionados con los cuidados que el niño necesita para que así pueda colaborar en los mismos, se debe recordar que los niños son pacientes que requieren hidratación y cuidado constante las 24 horas.

Podemos comprobar que la mayoría de las madres fueron orientadas por el personal de enfermería, esto debido a que es el personal de enfermería quien más tiempo se encuentra atendiendo al niño dado el largo periodo de internación y tiene mayor oportunidad de guiar a las madres acerca del cuidado del niño durante la hospitalización.

CUADRO 8

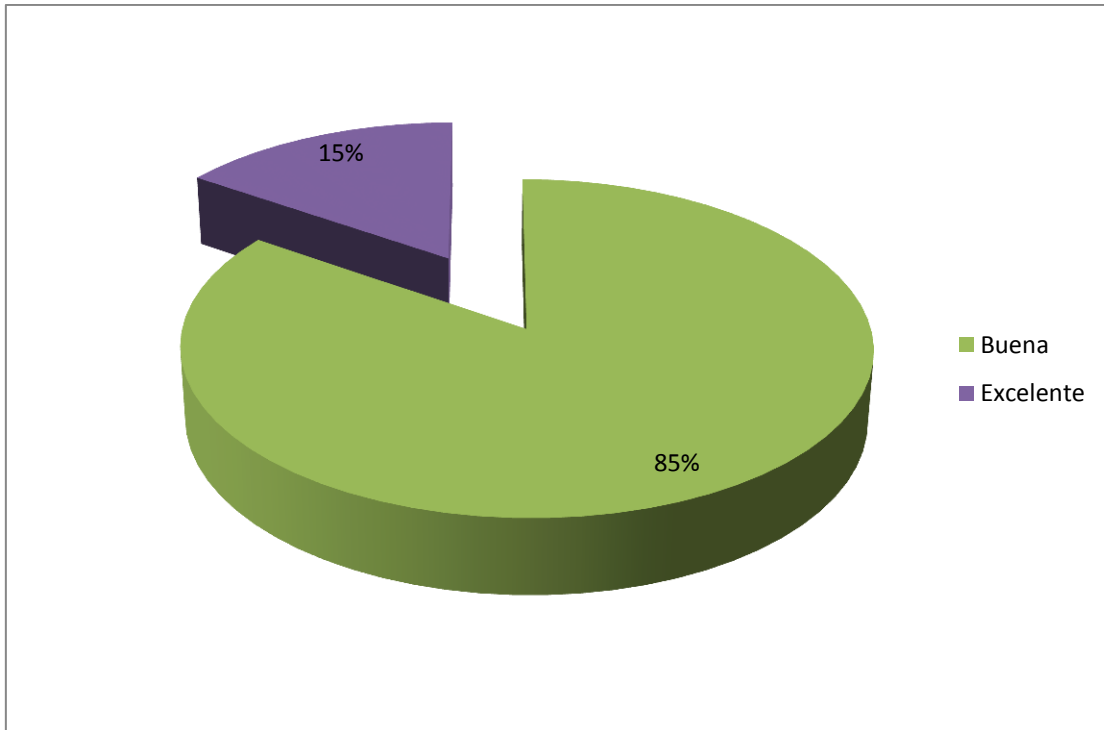
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL MEDICO Y LA ENFERMERA

Calidad de la información recibida	ENFERMERIA	MEDICOS	%
Buena	8	0	85%
Excelente	0	5	15%
Total	8	5	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 8

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL MEDICO Y LA ENFERMERA



Fuente: Cuadro 9

Interpretación de los datos

85% de las madres encuestadas calificaron como buena la calidad de la información recibida por el personal de enfermería del hospital, 15% de las madres la calificaron como excelente.

Análisis

Los datos demuestran que la calidad de la información que el personal de enfermería brinda a las madres es buena, no obstante solo 5 madres calificaron la calidad de la información proporcionada por el médico como excelente, posiblemente porque aún quedan bastantes detalles en cuando a la atención y la calidad de información proporcionada para mejorar este aspecto.

CUADRO 9

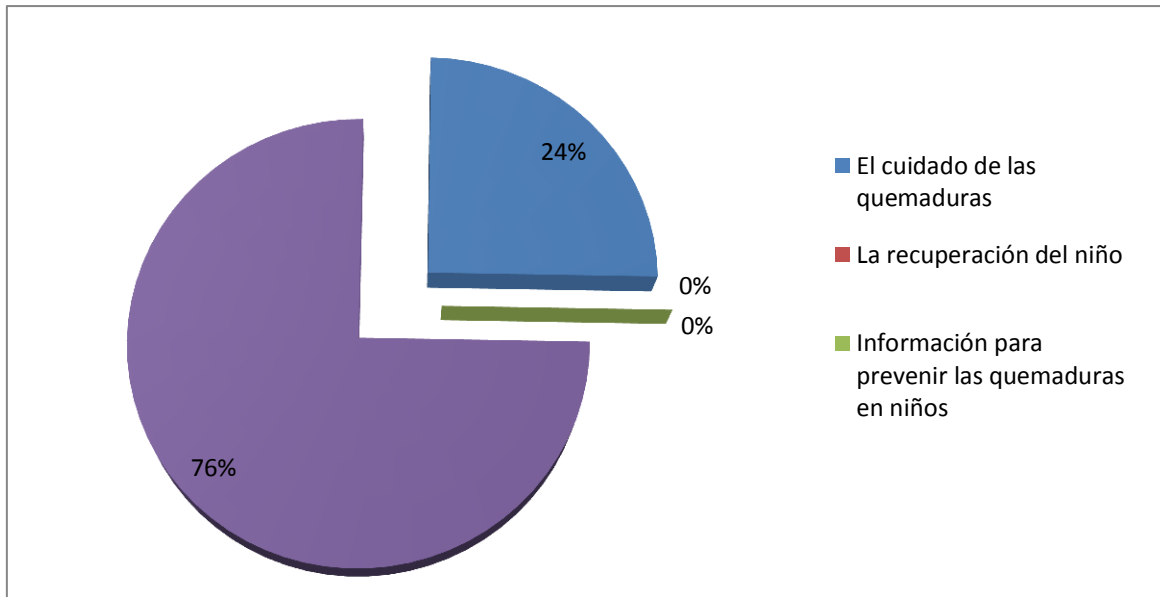
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EL TIPO DE ORIENTACIÓN RECIBIDA

Acercas de que le orientaron	Nº	%
El cuidado de las quemaduras	0	0
La recuperación del niño	3	24%
Información para prevenir las quemaduras en niños	10	76%
TOTAL	13	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EL TIPO DE ORIENTACIÓN RECIBIDA



Fuente: Cuadro 10

Interpretación de los datos

El 76% de las madres indicaron que se les brindó una información que incluía el cuidado de las quemaduras, información preventiva y referente a la recuperación del niño, un 24% indicó que solo se le brindó información acerca del cuidado de las quemaduras.

Análisis

Los datos precedentes muestran que todas las madres han recibido orientación acerca de los cuidados de las quemaduras, en la mayoría de los casos la orientación estaba referida también acerca de la recuperación del niño e información para prevenir las quemaduras.

1. CONCLUSIONES

En relación con los objetivos se llegó a las siguientes conclusiones:

Cuantificar la incidencia de niños con quemaduras de 2do y 3er grado hospitalizados en la Sala de Quedamos del Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suárez.

En relación con la incidencia de niños con quemaduras de 2do y 3er grado atendidos en el hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suarez en un periodo de 3 años se atendió un total de 1026 casos de niños con quemaduras de 2do y 3er grado, con un porcentaje mayor de quemaduras de 2do grado 56% con predominio del sexo masculino 61%.

En relación con las **características socio demográficas de las madres** se evidencia que son madres jóvenes en edades comprendidas entre 19 y 29 años, que las ocupaciones labores de casa por lo que se deduce que tiene poco conocimiento en relación con la prevención de accidentes en el hogar. El principal agente causal fue la leche caliente

Experiencias que viven las madres frente al accidente de quemaduras de sus hijos. Las madres manifiestan que al ver a su hijo quemado experimentaron angustia y estrés por miedo de que el niño muera. En general son preocupaciones, desesperación, sentimientos de culpa porque considera que no cuidó bien a su hijo y sufrimiento por el abandono del hogar mientras permanece cuidando al niño que sufrió quemaduras.

Orientación que brinda el personal tanto de enfermería como los médicos. Les enseñan solamente como debe cuidar al niño para que no se infecten; pero no le orientan sobre el cuidado que debe tener con el niño después del alta, ni tampoco como prevenir accidentes por quemadura.

2. RECOMENDACIONES

A las autoridades pertinentes: que utilicen los resultados de esta investigación para proponer estrategias educacionales en los centros de atención en la salud y que se realice campañas de prevención de accidentes con quemaduras tomando en cuenta principalmente la prevención en viviendas de escasos recursos.

A las madres que utilicen medios de protección en sus hogares para prevenir los accidentes de quemaduras en sus hijos y se informen acerca de los primeros auxilios que pueden prestar al niño quemado en caso de algún tipo de accidente con quemaduras.

Al servicio de Quemados del Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suárez, que realicen charlas educativas para la prevención de las quemaduras dirigidas a las madres con niños internados y se les distribuya los trípticos resultado de esta investigación para ayudarles a sobrellevar la situación durante la hospitalización del niño; además de ello que siempre estén con buena predisposición para informar a las madres acerca de los cuidados que requiere el niño en cada situación en particular.

BIBLIOGRAFÍA

BRUNNER L.S.

1989 “Enfermería Médico-Quirúrgica”. Vol. II. Interamericana McGraw-Hill México.

DE LOS SANTOS, Carlos

2010 “Guía Básica para el Tratamiento del Paciente Quemado”. En: *Control de Infecciones*. Rep. Dominicana.

GARCÍA, Raúl.; HERRERA, M.S.

1994 “Aspectos psiquiátricos del niño hospitalizado”. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Editorial Salvador. Santiago-Chile.

J. A. Lorente; ANDRÉS Esteban

1998 “Cuidados Intensivos del Paciente Quemado”. En: *Zona Donante*. Springer-VerlagIberica. Barcelona-España.

MAYA HIJUELOS, Luis Carlos

2013 “Evaluación y tratamiento de las Quemaduras en la Niñez” Programa de Evaluación Continua en Pediatría (PRECOP) Módulo 3. Sociedad Colombiana de Pediatría. Bogotá-Colombia.

VALDEZ SANCHEZ, Carmen Ana. FLORES LOZADO, José Antonio.

2009 “El Niño ante el Hospital: Programas para Reducir la ansiedad hospitalaria”. En: *La Presencia de los Padres en el Hospital como variable moderadora de la ansiedad infantil hospitalaria*. Universidad de Oviedo. Oviedo-España.

VARGAS, Schaffer

1999 “Manejo y Tratamiento del Dolor en el Paciente Pediátrico Quemado”. *Revista Chilena de Pediatría*. Santiago-Chile.

PUBLICACIONES ELECTRÓNICAS

ARTIGAS NAMBRARD, René

2004 “Tratamiento para las quemaduras en los Niños” Documento en formato PDF disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v24n7/art03.pdf> (15-11-2014)

GARCIA S. Ricardo; FLORA DE LA BARRA, María.

2005 “Hospitalización de Niños y Adolescentes”. Revista Médica del Área Académica de la Clínica Condes. Vol. 16 N° 4. Octubre 2005.http://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Octubre_2005/articulo_006.htm (10-01-15).

FERJ, David.

2009 “Quemaduras en Edad Pediátrica: Enfrentamiento Inicial”. Revista Médica del Área Académica de la Clínica Condes. Departamento Cirugía Infantil y Neonatal. Clínica Las Condes.http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/016_quemaduras_pediatria.pdf (12-12-2014)

AUTORES CORPORATIVOS

BOLIVIA, HOSPITAL DE NIÑOS MARIO ORTIZ SUÁRES

2014 Estadísticas Internas de la Sala de Quemados del Hospital de Niños.

CHILE, CORPORACIÓN DE AYUDA AL NIÑO QUEMADO (COANIQUEM)

2013 Encuesta de diagnóstico de la incidencia y prevalencia de quemaduras y factores asociados en menores de 20 años residentes en tres comunas del Área Occidente de la Región Metropolitana. <http://www.coaniquem.cl/nuevo-mapa-de-la-quemaduras-en-chile/> (15-03-15).

ESPAÑA, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

2010 “Protocolos de Urgencias Pediátricas”. En: *Tratamiento del dolor agudo en el Niño: Analgesia y Sedación*. Ergón, S.A. Segunda Edición. <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-urgencias-pediatricas> (11-02-2015)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2012 Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. En: *Quemaduras*. 87-104

PERÚ, AYUDA AL NIÑO QUEMADO (ANIQUEM)

2010 Estadísticas de pacientes pediátricos que entraron en rehabilitación en el periodo del 2007-2008. <http://www.aniquem.org/estadisticas/> (18-03-15)

ANEXO 1



**Universidad
Evangélica
Boliviana**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE QUEMADURAS DE 2do Y 3er
GRADO DIRIGIDO A LAS MADRES CON HIJOS HOSPITALIZADOS
EN LA SALA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO
ORTIZ SUÁREZ**

AUTOR: NICOLAS TACA AÑEZ

SANTA CRUZ – BOLIVIA -2017

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras más frecuentes en niños menores son las ocasionadas por líquidos calientes. El lugar de mayor riesgo es la cocina y el comedor. Otros riesgos frecuentes de quemaduras son los generados por el fuego, la electricidad, las planchas calientes y los líquidos inflamables.

PROPÓSITO

Se presenta un modelo de estrategia educacional de prevención de quemaduras de 2do y 3er grado en niños menores, con la finalidad de transmitir información a las madres de los grupos más expuestos al riesgo de quemaduras, para reforzar sus conocimientos mínimos necesarios en la prevención de las quemaduras.

Las quemaduras por líquidos calientes se pueden prevenir: procurando que los niños no jueguen en la cocina e impidiéndoles la manipulación de ollas, sartenes y cafeteras. Nunca alcanzarle líquido hirviendo o muy caliente a los niños, no tener niños en la cocina mientras prepara los alimentos, no permitir que ellos manipulen fósforos, encendedores o elementos inflamables, no tener niños cerca cuando usa plancha. Enseñar a los niños sobre el riesgo de manipular elementos que puedan producir fuego, subirse en la cocina a alcanzar cosas elevadas, no deben tocar cables de luz directamente o con objetos al tratar de bajar una cometa, manipular tomacorrientes, cables o aparatos eléctricos.

Las quemaduras en niños se pueden prevenir realizando dos tipos de acciones: en forma masiva a través de campañas de educación alertando a la población sobre los peligros que corren los niños sin cuidados, y otros programas como regulaciones en la construcción de edificios (detectores de humo, rociadores automáticos, disyuntores eléctricos), programas de educación (reducción del hábito de fumar, almacenamiento de sustancias inflamables en envases distintivos y fuera del alcance de los niños).

Palabras clave: Quemaduras. Accidentes. Prevención. Educación. Recursos gráficos y seguridad.

La prevención de quemaduras sigue siendo la mejor forma de tratarlas. Por más irónica que esta afirmación pueda ser, evitarle a un niño una quemadura, supone protegerlo de una experiencia humana desgarradora. Por esta razón, cualquier paso preventivo de quemaduras es más loable que cualquier esfuerzo curativo. Muchos países han identificado estos beneficios preventivos, a través de los años, y ya por varias generaciones han desarrollado campañas preventivas contra quemaduras. Algunas de estas campañas, ya tienen más de 30 años de presencia longitudinal.

DESTINATARIO

El programa educativo está destinado a todas aquellas personas que están al cuidado de los niños, tales como madres, tutores u otra persona que realice el cuidado diario de las quemaduras con niños internados.

META

Educar a la población en general.

PREVENCIÓN DE LAS QUEMADURAS EN EL HOGAR

La mayoría de las quemaduras se producen generalmente por descuido de la madre o de la persona quien queda a cargo del niño, para evitar que ocurran, se deben tener en cuenta las siguientes precauciones:

-Cuide con atención a los niños pequeños, no dejar solos en la cocina o el baño. Manténgalos alejados del área donde está cocinando, de cualquier elemento caliente, inflamable o corrosivo, de fósforos, encendedores o cigarrillos.

-Controle la temperatura del agua del baño, probándola sobre su propia piel antes de sumergir al niño. No deje a niños menores solos en la bañera.

-Cocine preferentemente en las hornallas traseras de su cocina, con los mangos de las sartenes hacia el lado de adentro. Sea particularmente cuidadoso al freír en grasa o en aceite.

-Pruebe la temperatura de los alimentos antes de dárselos al bebé, especialmente si utiliza microondas.

-Trate de no usar manteles, al colgarse de este pueden derramarse alimentos o líquidos calientes. No mantenga alzado en sus brazos a un lactante mientras ingiere infusiones o comidas hirvientes.

-No dejar a los niños en habitaciones donde haya fuego (cocina o calentadores de ambiente).

-No poner en el piso recipientes con líquidos hirvientes.

-No dejar planchas calientes en el borde de las mesas.

-Colocar el mango del sartén y las ollas en dirección de la pared.

-No almacenar líquidos inflamables como: gasolina, Diesel, Tinner, Pegantes, en sitios al alcance de los niños.

-No encender fósforos, cigarrillos y mecheros, donde hayan sustancias inflamables y mantenerlas fuera del alcance de los niños.

-No dejar tomas o conexiones eléctricas sin el debido aislamiento.

-Enseñar a los niños el peligro del fuego.

-Alejar a los niños de las estufas en funcionamiento.

-Son muy peligrosos los mecheros, cerillas, llamas de gas, colillas, etcétera.

Formas para prevenir incendios y explosiones en el hogar

Fósforos y Fumar:

-Apague perfectamente los fósforos y colillas de cigarrillos.

-Coloque ceniceros adecuados en los lugares oportunos.

-No fume en la cama.

-Procure que los niños no utilicen fósforos ni mecheros.

Electricidad:

-No sobrecargue los enchufes con demasiados aparatos. Tenga cuidado especialmente con los de mucho consumo como: radiadores, lavavajillas, planchas y lavadoras.

-Empotre los hilos eléctricos y evite improvisar empalmes.

-Utilice solo fusibles adecuados a su instalación.

Seguridad contra incendios.

Prevenga las quemaduras previniendo los incendios en su casa. Esté preparado y sepa qué hacer si alguna vez ocurre un incendio. Aquí hay algunos consejos de seguridad contra incendios en su casa:

-Coloque alarmas contra incendio en su casa. Revíselas semanalmente. Si funcionan con baterías póngales baterías nuevas cada seis meses.

-Piense en cómo saldría de su casa durante una emergencia por incendio. Haga un plan de escape para su familia y practique simulacros de incendio en su casa.

**CAPACITACIÓN PRIMEROS AUXILIOS Y CUIDADO DEL NIÑO CON
QUEMADURAS**

**DIRIGIDO A LAS MADRES DE NIÑOS CON QUEMADURAS DE 2DO Y 3ER
GRADO EN LA SALA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO
ORTIZ SUÁREZ.**

Fecha: 15/08/2015

HORA	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL	RESPONSABLE
9:00	Palabras de bienvenida	Dinámica	Papelógrafos	Nicolás Taca Añez
9:15	Lo que no se debe hacer en el momento de la quemadura.	Participativa		
9:35	Auxilio en el momento de la quemadura. Colocación de los vendajes y objetivo de los baños.	Participativa		
9:45	Principales cuidados del injerto.	Participativa	Folleto	
10:00	Atención y cuidado del niño.	Participativa	Folleto	
10:10	Recomendaciones finales y sesión de preguntas.	Participativa	Folleto.	
10:30	Cierre.	Participativa		

LISTA DE PARTICIPANTES

DIRIGIDO A LAS MADRES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SUS HIJOS
CON QUEMADURAS DE 2DO Y 3ER GRADO EN SALA DE QUEMADOS DEL
HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUÁREZ

UNIV. NICOLÁS TACA AÑEZ

TUTORA: LIC. ALBERTINA ZAVALA

FECHA:15/08/2015

N°	NOMBRE	FIRMA
1	Germano Irma	Irma
2	Natividad Chague Acosta	Natividad
3	Cristina Carlegans	Cristina
4	Zola Almaruena Coimbra	Zola
5	Pablo Ernesto Welch	Pablo
6	Cecilio Cruz Colque	Cecilio
7	Rafael Montano E.	Rafael
8	Pedro Rodriguez M.	Pedro
9	Isabel Maman Pedrondo	Isabel
10	Amelina Amena Urquiza	Amelina
11	Oscar Enrique Mijangos	Oscar
12	José Luis Robles	José
13	Pedro Cuellar Duran	Pedro

**HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO
ORTIZ SUAREZ
PRIMEROS AUXILIOS Y CUIDADOS
DEL NIÑO CON QUEMADURAS**



**FOLLETO INFORMATIVO DE
CAPACITACIÓN PARA MADRES
DE NIÑOS CON QUEMADURAS
DE 2do Y 3er GRADO.**

QUÉ NO DEBE HACERSE

- No proceda a prestar los primeros auxilios antes de velar por su propia seguridad (corte la corriente, use guantes para productos químicos, etc.).
- No aplique ungüentos, mantequilla, medicamentos, cremas, aceites, pasta dental ni remedios caseros en las quemaduras.
- No coloque algodón ni aplique ningún material directamente sobre la herida ya que podría infectarse y pegarse a la piel.
- No toque la piel muerta o ampollada.

QUE DEBE HACERSE

- Interrumpa la progresión de la lesión retirando la ropa que no se encuentre pegada a la piel está última podrá ser retirada en la fase de limpieza por el personal médico.
- Aplique agua fría o permita que el área quemada entre en contacto con el agua fría durante al menos cinco minutos.



CURACIONES

- Se Administrará un analgésico según prescripción médica.
- Se colocara al paciente en una posición cómoda.
- Se rasurará el cuero cabelludo dependiendo de la zona.

COLOCACIÓN DE LOS

VENDAJES

- Se realiza con la herida limpia.
 - Se utiliza guantes estériles y se cubre la zona quemada con Quemacuran, gasa estéril, apósito circular y venda de gasa.

OBJETIVOS DEL VENDAJE

- Proteger el área quemada.
- Inmovilizar la zona.

CURACION Y BAÑOS

INTERDIARIOS

El tratamiento local de los baños día por medio y las curaciones diarias son actos rutinarios, obligatorios y prioritarios para evitar las infecciones y valorar la evolución de las quemaduras dependiendo de la extensión y de la profundidad de las quemaduras para injerto.

OBJETIVOS DE LOS BAÑOS Y LAS CURACIONES

- Facilita el retiro de los vendajes.
- Remueve el exudado y el tejido desvitalizado.
- Remueve la flora bacteriana.
- Favorece el proceso de cicatrización.
- Previene las infecciones.

CAPACITACIÓN CUIDADO DEL INJERTO
DIRIGIDO A LAS MADRES DE NIÑOS CON QUEMADURAS DE 2DO Y 3ER
GRADO EN LA SALA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO
ORTIZ SUÁREZ.

Fecha: 18/08/2015

HORA	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL	RESPONSABLE
9:00	Palabras de bienvenida	Dinámica	Papelógrafos	Nicolás Taca Añez
9:15	El Injerto y cuidado de la zona donadora	Participativa		
9:35	Casos en que debería alertar al personal de enfermería	Participativa		
9:45	Recomendaciones del Injerto.	Participativa	Folleto	
10:00	Preguntas.	Participativa	Folleto	
10:30	Cierre			

LISTA DE PARTICIPANTES

DIRIGIDO A LAS MADRES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SUS HIJOS
CON QUEMADURAS DE 2DO Y 3ER GRADO EN SALA DE QUEMADOS DEL
HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUÁREZ

UNIV. NICOLÁS TACA AÑEZ

TUTORA: LIC. ALBERTINA ZAVALA

FECHA: 18/08/2015

N°	NOMBRE	FIRMA
1	Jovanna Torres	J. Torres
2	Natividad Chacayaco	Natividad Chacayaco
3	Erustina Caragena	Erustina Caragena
4	Lola Palmaterra Jimbala	Lola Palmaterra Jimbala
5	Pablo Ernesto Welch	Pablo Ernesto Welch
6	Cecilia Cruz Colque	Cecilia Cruz Colque
7	Roger Montano E.	Roger Montano E.
8	Pedro Rodriguez M.	Pedro Rodriguez M.
9	Isabel Mariani Pedronzo	Isabel Mariani Pedronzo
10	Amelina Amena Urquiza	Amelina Amena Urquiza
11	Oscar Enrique Mijangos	Oscar Enrique Mijangos
12	José Luis Rodiles	José Luis Rodiles
13	Pedro Cuellar Duran	Pedro Cuellar Duran

**HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO
ORTIZ SUAREZ**

CUIDADOS DEL INJERTO DE PIEL



**FOLLETO DE CAPACITACIÓN
SOBRE LOS PRINCIPALES
CUIDADOS EN CASO DE INJERTO
DE PIEL EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS**

INJERTO DE PIEL

Un injerto de piel consiste en la extensión y profundidad de la recuperación y regeneración de la piel, se procede al autoinjerto para cubrir la capa dérmica de la piel quemada o ausente por piel sana que se toma de otra parte del mismo cuerpo de la persona.

Se deberá cuidar la zona injertante 24 horas y a los 6 días se descubre el injerto y la parte donadora del injerto se descubre a los 10 días.

LOS APÓSITOS

El injerto de piel tendrá un vendaje (apósito). Debajo del vendaje podría tener un apósito almohadillado de fijación, sujeto a la piel con suturas para mantener el injerto en su lugar.

CUIDADO DE LA ZONA VENDADA DEL INJERTO

Durante las primeras 24 horas se debe cuidar que el niño se mantenga quieto para evitar que se salga o mueva el injerto; evite o detenga cualquier movimiento del niño que pueda estirar o jalar el injerto.

Evite que el niño toque el vendaje. Debe mantenerse puesto hasta que le indiquen que puede quitarlo o cambiarlo.

El vendaje debe mantenerse seco.

La zona vendada debe mantenerse limpia y no se debe permitir que se cubra de suciedad o de sudor.

Si el vendaje se desprende o está dañado o sucio, puede informar al personal de enfermería.

Proteja del sol la piel injertada y la zona donante durante 12 meses. Use ropa sobre esas zonas o bien crema n vea o loci3n con filtro solar.

LLAME INMEDIATAMENTE AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SIGUIENTES CASOS

Dolor que empeora o no se alivia

Sangrado del injerto que no puede detenerse al aplicar presi3n

Señales de infecci3n, hinchaz3n o enrojecimiento, supuraci3n blanca o maloliente del injerto, presencia de bandas rojas en la zona del injerto o pus en la herida

Los bordes del injerto empiezan a separarse

Cualquier otra señal o síntoma que le indique su médico.

RECOMENDACIONES DESPUÉS DE SANAR LAS QUEMADURAS CON EL INJERTO

Cuando el paciente se va de alta supuestamente sana de las heridas, pasa a la segunda etapa que es evitar las queloides.

Se le sugiere a la madre visitar a Cerniquem para que le hagan la fisioterapia para evitar las queloides, el tratamiento es de 1 año.



CUIDADO DE LA ZONA DONANTE

La zona donante tendrá un vendaje delgado. El vendaje no debe tocarse hasta que le indiquen que puede quitarlo o cambiarlo.

Es normal que esta zona suelte algo de líquido.

Si la zona se hincha, se calienta o produce dolor, llame a su médico o al personal de enfermería.

Le quitarán su vendaje de 7 a 10 días después de la realizaci3n del injerto.

RETIRO DE LOS VENDAJES

Evite que el niño se rasque, pellizque o toque la zona injertada ni la donante.

Durante 3 a 4 semanas evite hacer ejercicio o movimientos que estiren la piel injertada.

ANEXO 2



**Universidad
Evangélica
Boliviana**

FUNDADA EL 13 DE AGOSTO DE 1980

para marcar la diferencia...

Santa Cruz 5 de enero 2016.

Dr. Arturo Galarza
Director Hospital Universitario Dr. Mario Ortiz Suarez
Lic. Nancy Perka S. Jefe del Departamento de Enfermería
Dr. Carlos Vaca Flor
Jefe del Servicio de Quemados Hospital Universitario Dr. Mario Ortiz Suarez

Presente.

**Ref. Solicitud de autorización para realizar Trabajo Final de Grado
Modalidad Tesis.**

De mi consideración

La presente tiene como objetivo solicitarle su valiosa colaboración, permitiendo que el Universitario de la Carrera de Enfermería, Nicolás Taca Anez, para concluir su Trabajo Final de Grado, realice una encuesta a las madres de niños con quemaduras de 2do y 3er grado hospitalizados en el Servicio de quemados del hospital que ustedes dirigen

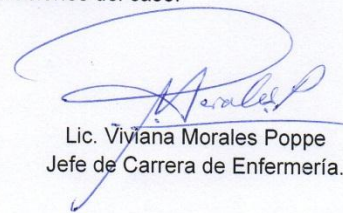
El título de la investigación es:


**“EXPERIENCIAS DE LAS MADRES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SU HIJO/A CON QUEMADURAS DE 2DO Y 3ER GRADO GRADO”.
SALA DE QUEMADOS, HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUAREZ
ENERO 2016**

Agradeciéndole su valioso aporte en beneficio de la formación de nuevos profesionales, deseándole bendiciones y éxitos en tan importante trabajo que desempeña; me despido con las consideraciones del caso.


Atte.


Lic. Irma Fernández M.
LIC. EN ENFERMERIA
SERVICIO DE QUEMADOS
MAT. PROF. F-125
Hospital de Niños "Dr. M.O.S."


Lic. Viviana Morales Poppe
Jefe de Carrera de Enfermería.


Lic. Carlos Vaca Flor
Jefe del Servicio de Quemados
MAT. PROF. F-209
Hospital de Niños "Dr. M.O.S."

Cc/ Archivo.


Lic. Nancy Perka S.
JEFE DE ENFERMERAS a.t.
MAT. PROF. P-477
Hospital de Niños "Dr. M.O.S."


Dr. Arturo Galarza
EMERGENCIA CLINICA
PROF. S - 430
Hospital de Niños "Dr. M.O.S."

ANEXO 3

Consentimiento informado.

Yo.....mayor de edad, hábil por ley declaro, que fui informada por el universitario Nicolás Taca Añez sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, y mi participación en el. Mi colaboración en esta investigación será: participación en la entrevista, asistencia a charlas educativas y en las respuestas del cuestionario. Me han explicado y ha quedado claro que soy libre para participar o negarme a serlo, dejar de responder algunas preguntas o desistir mi participación en cualquier momento.

Los objetivos principales de la investigación son:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Cuantificar la incidencia de niños con quemaduras de 2do y 3er grado hospitalizados en la Sala de Quedamos del Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suárez.
2. Identificar las características sociodemográficas de las madres de niños hospitalizados con quemaduras de 2do y 3er grado.
3. Proponer un programa de orientación dirigido a las madres de los niños hospitalizados con quemaduras de 2do y 3er grados para prevenir experiencias negativas.

Entiendo que mi participación no me traerá ningún beneficio personal y que no recibiré ninguna recompensa económica. Entiendo también que mi participación no significa un riesgo para mi persona ni para terceros, mi única compensación será la satisfacción de haber contribuido en el éxito la investigación.

Me garantizan que la información que daré será tratada de manera confidencial y no será identificada en ningún informe o publicación científica.

En consecuencia acepto voluntariamente participar en la investigación y firmar este documento.

Firma de la participante

ANEXO 4

GUÍA DE ENTREVISTA

El presente cuestionario o entrevista consiste en conocer la experiencia de las madres de sus hijos con quemaduras de segundo y tercer grado hospitalizado en la Sala de Quemados del Hospital de Niños, de tal modo que los datos a obtener estarán solo a disposición del investigador garantizándole durante todo el tiempo su anonimato.

1. Edad de las Madres

Menor de 19 años

Entre 19 -29

Entre 30 – 49

Mayor de 50 años

2. Último año que estudio:

Primaria Secundaria Universidad

3. Trabajo que desempeña:

Ama de casa Independiente Secretaria

4. Cómo sucedió la quemadura de su hijo

Con leche En la cocina Con la plancha Caño de Moto

5. ¿Qué palabra describiría su primera impresión al ver su niño quemado?

Angustia Estrés Incertidumbre Preocupación

6. ¿Le orientan sobre la forma en que debe ayudar a su niño durante la hospitalización?

Si No

7. ¿Quién le oriento en el Hospital?

Médico Enfermera Otros

8.- ¿Cómo califica usted la calidad de la información proporcionada por el personal de enfermería?

Mala

Regular

Buena

Excelente

9.- ¿Sobre qué la orientaron?

El cuidado de las quemaduras

La recuperación del niño

Información para prevenir las quemaduras en niños

Todos los anteriores

Recuerde: Las quemaduras por líquidos calientes se pueden prevenir: procurando que los niños no jueguen en la cocina e impidiéndoles la manipulación de ollas, sartenes y cafeteras. Nunca le alcance líquido hirviendo o muy caliente a los niños, no tenga niños en la cocina mientras prepara los alimentos.