

*Efectos Psicosociales Y Funcionales de las Quemaduras en
Pacientes de 0 – 15 años en el Hospital Infantil
San Francisco de Paula Barranquilla, Julio - Diciembre 2.003*

ARZUZA ANA TERESA
CARPINTERO SARA
VILLALBA AMALIA

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROYECTO EN SALUD III
BARRANQUILLA – ATLÁNTICO
2005

*Efectos Psicosociales Y Funcionales de las Quemaduras en
Pacientes de 0 – 15 años en el Hospital Infantil
San Francisco de Paula Barranquilla, Julio - Diciembre 2.003*

ARZUZA ANA TERESA
CARPINTERO SARA
VILLALBA AMALIA

Asesor (a): Enfermera
TAYDE MONTERROSA, Especialista en Salud Ocupacional y Epidemióloga

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROYECTO EN SALUD III
BARRANQUILLA – ATLÁNTICO
2005



Dedicatoria

Gracias a Dios por darme la paciencia, tolerancia y sobre todo, lo más importante, el amor, la sabiduría y la dedicación para realizar este proyecto.

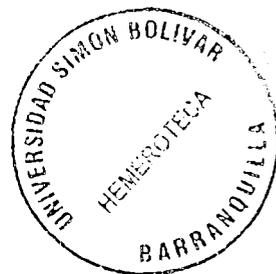
Fue lo más importante y valioso para nuestro futuro, a pesar de todos los tropiezos e inconvenientes que se presentaron salimos adelante.

A mi madre por su dedicación y empeño en sacarme adelante, a mi novio por su compañía y amor.

A mis compañeras Sara Y Amalia por su compañerismo y entrega en este gran logro.

A todas aquellas personas que de alguna u otra forma contribuyeron en la realización del presente proyecto de investigación.

Ara Teresa Arzuza.



Dedicatoria

Gracias a Dios por darme la paciencia, tolerancia y sobre todo, lo más importante, el amor, la sabiduría y la dedicación para realizar este proyecto.

Fue lo más importante y valioso para nuestro futuro, a pesar de todos los tropiezos e inconvenientes que se presentaron salimos adelante.

A mi esposo por apoyarme, a mis hijos, a mis profesores, a la universidad porque tuvimos los mejores docentes.

A todas aquellas personas que de alguna u otra forma contribuyeron en la realización del presente proyecto de investigación.

Sara Carpintero.



Dedicatoria

Gracias a Dios por darme la paciencia, tolerancia y sobre todo, lo más importante, el amor, la sabiduría y la dedicación para realizar este proyecto.

Fue lo más importante y valioso para nuestro futuro, a pesar de todos los tropiezos e inconvenientes que se presentaron salimos adelante.

A mi esposo por apoyarme, a mis hijos, a mis profesores, a la universidad porque tuvimos los mejores docentes.

A todas aquellas personas que de alguna u otra forma contribuyeron en la realización del presente proyecto de investigación.

Amalia Villalba.



Agradecimientos

Las autoras del presente proyecto de investigación agradecen la colaboración, apoyo y confianza de todas las personas e instituciones que hicieron parte en la realización y culminación de este.

En especial agradecemos a la Enfermera Tatyde Monterrosa, de la Unidad Hospitalaria Andes. E.S.E. José Prudencio Padilla, por su apoyo respaldo y total entrega en el transcurso y realización de este proyecto.

A todo el personal del Hospital Infantil San Francisco de Paula.

A todo el cuerpo profesorado que en nuestra carrera aportaron pilares para nuestra formación profesional.



CONTENIDO

	Pág.
<i>INTRODUCCIÓN</i>	14
<i>1. TITULO</i>	15
<i>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	16
<i>3. PREGUNTA PROBLEMA</i>	18
<i>4. JUSTIFICACIÓN</i>	19
<i>5. PROPÓSITO</i>	21
<i>6 OBJETIVOS</i>	22
<i>6.1 OBJETIVO GENERAL</i>	22
<i>6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	22
<i>7. MARCO REFERENCIAL</i>	24
<i>7.1 MARCO TEÓRICO</i>	24
<i>8. METODOLOGÍA</i>	58
<i>8.1 TIPO DE ESTUDIO</i>	58
<i>8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA</i>	58
<i>8.2.1 Universo</i>	58
<i>8.2.2 Técnicas de la recolección de la información</i>	58
<i>8.2.3 Muestra</i>	58
<i>8.2.4 Procesamiento de la información</i>	59
<i>8.3 FUENTE DE INFORMACIÓN</i>	59
<i>8.3.1 Fuente secundaria</i>	59
<i>8.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</i>	60
<i>8.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN</i>	62
<i>9. PLAN DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</i>	64
<i>10. CONCLUSIONES</i>	77
<i>11. RECOMENDACIONES</i>	79

12. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	80
12.1 RECURSOS HUMANOS	80
12.2 ASESOR	80
12.3 COLABORADORES	80
12.4 RECURSO FÍSICOS	80
12.5 RECURSOS MATERIALES	81
12.6 PRESUPUESTO	81
CRONOGRAMA	82
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	



LISTA DE TABLAS

	Pág.
<i>TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EDAD EN LOS NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003</i>	64
<i>TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN SEXO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003</i>	65
<i>TABLA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003</i>	66
<i>TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EL GRADO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003</i>	67
<i>TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003</i>	68
<i>TABLA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE AGRESIVIDAD, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003</i>	69
<i>TABLA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003</i>	70

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003 71

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE RECHAZO FAMILIAR, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003 72

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003 73



GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003

71

GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE RECHAZO FAMILIAR, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003

72

GRÁFICA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003

73

LISTA DE ANEXOS

*DIFERENTES TIPOS DE POSICIONAMIENTOS PARA EVITAR
CONTRACTURAS*

*ROPA ELÁSTICA COMPRESIVA, DIFERENTES REGIONALES DEL
CUERPO Y DETALLE DE LA CARA*

EL MANEJO DE FRACTURAS

DATOS ACERCA DE UNA LESIÓN POR QUEMADURA

FICHA INDIVIDUAL



ABSTRACT

Se reunieron en el año 2.005 Sara, Amalia y Ana para realizar un estudio acerca de los efectos psicosociales y funcionales de las quemaduras en niños de 0 – 15 años, del Hospital Infantil San Francisco de Paula de la ciudad de Barranquilla durante el año 2.003 en el período Julio – Diciembre. Se encontró que el 60% de los niños quemados tienen una edad de 0 -5 años, que el sexo con mayor incidencia de quemados fue el sexo masculino con un 60%, seguido de sexo femenino en un 40%. El 40% de los niños con quemaduras pertenecían a los estratos 2 y 1; 40 y 38% respectivamente; las quemaduras que más se presentaron fueron los de II grado para un 90% y los que menos se presentaron fueron los de III grado, dentro de los efectos psicosociales se presentó la depresión en niños con quemaduras en un 72%, el 68% presentó agresividad, como efecto psicosocial; el 68% de los niños con quemaduras presentó bajo autoestima en un 68%; el 74% de los niños con quemaduras presentó adecuada adaptación a la sociedad; el 98% no fue rechazado por el cambio en su imagen corporal por el núcleo familiar; y el 44% presentó limitación para los movimientos de flexión y extensión y el 4% tuvo limitación para los movimientos de flexión.

De la anterior se concluyó que la mayor incidencia de quemados se dio el grupo de 0 – 5 años de edad; la mayor incidencia de quemados se presentó en el sexo masculino, el estrato socioeconómico en el que más se presentaron las quemaduras fué el estrato 2, la mayor incidencia de quemaduras fueron los de II

grado, la mayoría de los niños con quemaduras de 0 -5 años presentó depresión como efecto psicosocial de estos, el 68% no presentó agresividad asociada a las quemaduras, la mayoría presentó problemas de autoestima, la mayoría presentó adecuada adaptación social, la mayoría no tuvo rechazo de su familia, y la mayoría presentó problemas de limitación para los movimientos de flexión y extensión.

Por lo anterior se quiso saber cuales eran los efectos psicosociales y funcionales de las quemaduras, trazándonos como objetivo principal la determinación de esos efectos psicosociales y funcionales que producen las quemaduras en la población de 0 – 5 años.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo se pretende realizar una labor educativa y preventiva en el área de salud en todo lo referente a las quemaduras en Colombia especialmente en el área de Barranquilla, puesto que debido a su alta incidencia se ha convertido en una problemática de salud mundial; una de las características de las quemaduras suele ser lamentablemente que afecta principalmente a la población infantil. Acorde con lo anterior se creó y enmarco las normas especiales para mejorar la situación generada por los accidentes de quemaduras afectando esto en gran proporción la del desempeño social, emocional, psicológico y funcional del niño en distintas fases.



1. TITULO

**EFFECTOS PSICOSOCIALES Y FUNCIONALES DE LAS QUEMADURAS EN
PACIENTES DE 0 – 15 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO
DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003**



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a todas las situaciones que giran en torno de una persona se incluyen los accidentes causados por cualquier situación traumática en especial las quemaduras, pues estas traen consigo un sin número de alteraciones que generan unos efectos en el individuo de tipo fisiológicos, psicológicas y sociales tales como las lesiones funcionales y contracturas que generan deformidades.

En Colombia los factores socioeconómicos y culturales especialmente en Barranquilla como son la pobreza, la incapacidad de adquirir estufas de gas natural, las unidades vivenciales de tamaño reducido y el deterioro del alumbrado público, descuidos de los padres hace que se agudice más esta situación a la que nos enfrentamos y que nos han hecho tomar conciencia de que hay que actuar de manera inmediata.

De los efectos producidos por las quemaduras suele ser causado por las técnicas de curación utilizada por el personal especializado en su atención, una vez cicatrizado la lesión, los pacientes quedan con secuelas que bien pueden ser de orden físico, funcional o psicológico, dependiendo de la ubicación en la lesión, en algunos casos el paciente infantil queda condenado a sobrevivir con las lesiones faciales, retracciones, contracturas que conllevan deformaciones en otras partes visibles del cuerpo.

Por tanto es necesario darles un enfoque general global en los cuidados generales que conllevan al paciente al restablecimiento de su salud física y mental en un sentido más amplio.

En medio de las carencias médicas, económicas y sin un plan de prevención, 30 mil niños sufrieron algún tipo de quemaduras, según la Secretaría de Salud, estos se han transformado en un problema de salud pública que pone a los niños afectados en la antesala de la discapacidad, el abandono y el menosprecio de la sociedad.

3. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los efectos psicosociales y funcionales de las quemaduras en pacientes de 0 – 15 años en el Hospital Infantil San Francisco de Paula Barranquilla, en el período Julio – Diciembre 2003?

4. JUSTIFICACIÓN

Existe un protocolo instaurado en lo que se refiere a soporte psicológico y emocional, y ante todo la rehabilitación física, lo más relevante es que son niños de escasos recursos los que más sufren de quemaduras, por ello son urgentes las campañas de prevención de atención y sobre todo de capacitación a las instancias hospitalarias en nuestro país¹.

Es urgente que esta situación sea atendida, pues según José Antonio León Pérez, Jefe de Cirugía Plástica en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), al año, 130 mil personas sufren de quemaduras moderadas y severas en nuestro país, de los cuales aproximadamente 10 – 50% ocurre en niños siendo esta una cifra alarmante; lo cual ha llamado fuertemente nuestra atención pues tan solo en el Hospital Infantil San Francisco de Paula un 77% de personas que ingresan con quemaduras son niños².

Las quemaduras se han constituido por su frecuencia en un problema de salud pública afectando principalmente a la población infantil: en un reciente informe de la FALF INSURE COMPAÑA, realizado por BLACKFIELD y OLMAN se expone que las quemaduras afectan a los niños en un 60% y el 40% restante se distribuye entre las demás edades³.

Uno de los efectos producidos por quemaduras suele ser las técnicas de curación utilizadas por el personal especializando en su atención; una vez cicatrizada la

¹ Protocolo de Manejo de Pacientes Quirúrgicos. ESE Hospital Infantil San Francisco de Paula.

² Revista Contralinea/htm.com.

³ *Ibid.*

lesión, los pacientes quedan con secuelas que bien pueden ser de orden físico, funcional o psicológico⁴.

Además de las cifras que hablan por sí misma, las cicatrices marcan de por vida a los niños, su autoestima se ve seriamente afectada y son rechazados por otros niños, sobre todo si alguna parte de su cuerpo queda deformada⁵.

En algunos casos el paciente infantil queda condenado a sobrevivir con lesiones faciales, retracciones, contracturas que conllevan a deformidades en otras partes visibles del cuerpo. Por lo tanto es necesario darles un enfoque general y global en los cuidados generales que conlleven al paciente al restablecimiento de su salud física y mental en un sentido más amplio⁶.

En medio de las carencias médicas, económicas y sin un plan de prevención, 30 mil niños sufrieron algún tipo de quemadura, según la secretaria de salud, estos se han transformado en un problema de salud pública que pone a los niños afectados en la antesala de la discapacidad, el abandono y el desprecio de la sociedad⁷.

⁴ *Ibíd.*

⁵ *Ibíd.*

⁶ *Ibíd.*

⁷ *Ibíd.*



5. PROPÓSITO

Los propósitos fijados están orientados al manejo integral del niño quemado con el fin de disminuir todas las secuelas, emocionales y psicológicas que tienen que enfrentar los pacientes quemados. Mediante principios que deben aplicarse inmediatamente después del trauma térmico para asegurarse la más temprana y óptima rehabilitación del niño.

Los cuidados rehabilitatorios deben comenzar el mismo día y las metas serían:

- 1. Limitar o prevenir pérdida de movimiento.*
- 2. Minimizar o prevenir deformaciones*
- 3. Prevenir pérdida de masa muscular*
- 4. Retornar al niño a sus actividades de trabajo o social tan pronto como sea posible.*

Debe considerarse también un programa de rehabilitación para el paciente quemado y para sus necesidades particulares mediante el trabajo interdisciplinario que incluya el personal de salud y ante todo a la familia ya que la salud de los niños es responsabilidad fundamentalmente de la familia. Por otra parte lo más importante las quemaduras es su prevención por eso es importante enfatizar en lo que se debe y no se debe hacer cuando un niño se quema.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los efectos psicosociales y funcionales de las quemaduras en pacientes de 0 – 15 años de edad en el Hospital Infantil San Francisco de Paula en Barranquilla 2003.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- *Identificar el grado de quemadura sufrida por los niños objeto de estudio.*
- *Determinar signos de depresión en niños de 0 – 15 años de edad con antecedentes de quemaduras.*
- *Determinar rasgos y/o síntomas de agresividad en niños de 0 -15 años de edad con antecedentes de quemaduras.*
- *Evaluar la existencia de limitación en el movimiento en niños de 0 – 15 años de edad con quemaduras.*
- *Evaluar la adaptación del niño a la sociedad después de quemadura.*
- *Determinar la edad de los niños quemados durante el 2003 en el Hospital Infantil San Francisco de Paula.*

- *Identificar el sexo en el que mas se presentan las quemaduras en niños del Hospital Infantil San Francisco de Paula.*
- *Valorar el nivel socioeconómico de los niños con quemaduras en el Hospital Infantil San Francisco de Paula.*
- *Evaluar la autoestima de los niños de 0 – 15 años postquemadura.*
- *Determinar si la familia rechaza al niño quemado con alguna alteración físico o mental.*

7. MARCO REFERENCIAL

7.1 MARCO TEÓRICO

Una quemadura es una lesión del tejido producida por efecto del calor, los productos químicos o la electricidad⁸.

La mayoría de la gente cree que el calor es la única causa (le quemaduras, pero algunas sustancias químicas y la corriente eléctrica también pueden producirlas⁹.

A pesar de que la piel es generalmente la parte del cuerpo que se quema, los tejidos que se encuentra por debajo también pueden verse afectadas e incluso, a veces, pueden quemarse los órganos internos, pero no la piel. Por ejemplo, el hecho de beber un líquido muy caliente o una sustancia cáustica como el ácido puede quemar el esófago y el estómago¹⁰.

La inhalación del humo y el aire caliente proveniente del fuego de un edificio en llamas pueden quemar los pulmones¹¹.

⁸ BRUNNER y SUDDARTH, enfermería medico-quirúrgica. Asistencia a pacientes con lesiones por quemaduras. Cap. 55 págs. 1553 – 1592. Octava edición, Editorial Mc Graw Hill.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.



Los tejidos quemados pueden morir, cuando los vasos sanguíneos resultan dañados por una quemadura, escapa líquido en su interior y ello produce hinchazón. En una quemadura extensa, la gran pérdida de líquido a partir del funcionamiento normal de los vasos sanguíneos puede causar un shock¹².

La presión arterial disminuyen tanto cine llegan muy poca sangre al cerebro y a otros órganos vitales¹³.

Las quemaduras producidas por electricidad pueden ser debidas a la temperatura de más de 5000C° generados por el paso de una corriente eléctrica, desde la fuente de energía al cuerpo; este tipo de quemaduras, en ocasiones llamadas quemaduras de arco eléctrico, suelen destruir y carbonizar completamente la piel en el punto por el que corriente entre en el cuerpo¹⁴.

Como la sustancia (capacidad del cuerpo para detener o desacelerar el flujo de corriente) es alta desde la piel, entra en contacto con la fuente de electricidad, gran parte de esta energía se convierte en calor y, en consecuencia, quema la superficie. La mayoría de las quemaduras causadas por la electricidad también dañan gravemente los tejidos localizados bajo la piel¹⁵.

¹²Ibid.

¹³ <http://www.INDEXER>. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. Herramientas comprensivas y sencillas para encarar el manejo de las injurias térmicas.

¹⁴Ibid..

¹⁵Ibid..



Estas quemaduras varían en extensión y profundidad en extensión y profundidad y pueden afectar a un área mucho más que la que indica la piel quemada. Los grandes shock eléctricos pueden paralizar la respiración y alteran el ritmo cardiaco, provocando latidos peligrosamente irregulares (arritmias)¹⁶.

Las quemaduras por agentes químicos pueden ser causadas por irritantes y venenos, incluyendo ácidos y álcalis fuertes, fenoles y cresoles (disolventes orgánicos) gas mostaza y fósforo. Estas lesiones son capaces de provocar la muerte del tejido, que pueden avanzar lentamente durante horas incluso después de la quemadura¹⁷.

Quemaduras epidemiología: *En EE.UU., cada año requieren atención mdc. Más de 2 millones de lesiones por quemaduras, aunque en su mayor parte son pequeñas y precisas poco o ningún tratamiento, por su causa y se producen alrededor de 70.000 ingresos hospitalarios de los que 20.000 son lo bastante grave como para ser atendidos en unidades especiales de quemados. Las principales causas de quemaduras son las escaldaduras, los incendio en estructuras y los líquidos y gases inflamables¹⁸.*

Aunque también son importantes las causas eléctricas, químicos y relacionadas con el humo, las quemaduras predisponen a la infección al dañar la función de barrera protectora de la piel, facilitando así la entrada de microorganismo patógeno, y al inducir una inmunosupresión sistemática. Por ello, no es de sorprender que las complicaciones infecciosas sean la principal causa de morbilidad y mortalidad en las lesiones graves por quemaduras y que EE.UU., fallezcan cada año hasta 10.000 pacientes por infecciones relacionadas con quemaduras¹⁹.

¹⁶Ibíd.

¹⁷Ibíd.

¹⁸NET/Quemados /clasificación, HTM Cap. 3, 4, 5, 14.

¹⁹Ibíd.

Fisiopatología: la pérdida de la barrera cutánea facilita la entrada de la propia flora del paciente y de microorganismo procedentes del ambiente hospitalario. La herida, con frecuencia contiene tejido desvitalizado francamente necrótico, que rápidamente se contaminan con bacterias. Cuando las bacterias llegan a tejidos viable, por lo general debajo de la cáscara se produce una infección invasora va que sea localizada, sistémica o e ambos tipos. Los estreptococos y los estafilococos eran las causas predominantes de infección de las heridas por quemaduras²⁰.

En la era preantibiótica y continúan siendo patógenas importantes en el momento actual con el advenimiento de los antimicrobianas *P. aérogenosa* se convirtió en un problema grave para el tratamiento de las heridas por quemaduras. Al disponerse de antibióticos más eficaces contra este microorganismo²¹.

Se ha encontrado infección por virus herpes simple en las heridas por quemaduras, sobre todo en la cara. La frecuencia de la infección discurre paralelo a la extensión y la intensidad de la lesión producida por la quemadura. Las quemaduras graves producen defectos tanto de la inmunidad celular como humoral, lo que tiene un gran impacto sobre la infección, por ejemplo; después de quemaduras importantes se produce una disminución de los niveles de inmunoglobulinas. También se ha demostrado que después de las quemaduras se altera la función de los neutrófilos. La elevación de las cifras de múltiples citocinas detectadas en los pacientes quemados es compatible con la creencia, muy extendida, de que en estos pacientes la respuesta inflamatoria está regulada inadecuadamente. El aumento de la permeabilidad de la pared intestinal a las bacterias y a sus componentes, como la endotoxina, también contribuye a la alteración de la regulación inhumanitaria y a la sepsis. Por lo tanto, el paciente quemado está predispuesto a la infección, no sólo en el sitio de la lesión por quemadura, sino también en localizaciones remotas²².

²⁰ Harrison. Medicina interna. Quemaduras

²¹Ibíd.

²²Ibíd.

Manifestaciones clínicas: dado que las manifestaciones clínicas de infección de la herida son difíciles de interpretar, se controlarían cuidadosamente las heridas en busca de cambios que puedan ser reflejo de infección. Las quemaduras suelen estar rodeada de in borde eritematoso que, por sí mismo, no suele ser indicativo de infección²³.

Los signos de infección son: conversión de una quemadura de espesor parcial en una de espesos total, alteraciones de calor; por ejemplo, la aparición de un color marrón oscuro o negro en la herida., la aparición de eritema o de edema violáceo en el tejido normal situado en los bordes de la herida, la separación brusca de la escara de los tejidos subcutáneos, y la degeneración de la herida con aparición de una nueva escara. La aparición de una coloración verdosa en la herida o la grasa subcutánea, o el desarrollo de estima gangrenoso en una localización remota a punta al diagnóstico de infección invasora²⁴.

La infección invasora de las heridas por quemaduras y la sepsis pueden producir cambios en la temperatura corporal, hipoesión o neutrofilia trombocitopenia e insuficiencia renal. Sin embargo, dado que las quemaduras provocan por sí misma profundas alteraciones de la homeostasis y dado que la inflamación sin infección es un componente normal de estas lesiones, la evaluación de estos cambios resulta complicada. Las alteraciones de la temperatura corporal, por ejemplo, son atribuibles a una disfunción termorreguladora; la taquicardia e hiperventilación acompañan a los cambios metabólicos inducidos por las quemaduras extensas y no necesariamente son indicativas de sepsis bacteriana²⁵.

Debido a la dificultad de evaluar las heridas por quemaduras basándose únicamente en la observación clínica y los datos de laboratorio, para el diagnóstico definitivo de infección es necesario tornar biopsias de la herida. La cronología de estas biopsias puede estar guiada por los cambios clínicos, aunque en algunos

²³Ibíd.

²⁴Ibíd.

²⁵Ibíd.

centros las heridas por quemaduras se someten a biopsia de forma sistemática en busca de datos histológicos de invasión bacteriana, y se realizan cultivos microbiológicos cuantitativos. La presencia de más de 10 bacterias viables por grano de tejido es muy sugestiva de infección invasora y de un riesgo muy elevado de sepsis. La prueba histopatológica de invasión del tejido viables por microorganismos es un indicador definitivo de infección. Un hemocultivo positivo para el mismo microorganismo observado en grandes cantidades en el tejido de la biopsia es un indicador fidedigno de sepsis por quemadura. Los cultivos de superficie pueden proporcionarles alguna indicación acerca de los microorganismos presentes en el ambiente, pero no son indicativos de la etiología de la infección²⁶.

Además de la infección de la propia herida existen otras infecciones debidas a la inmunosupresión causada por las quemaduras extensas y a las manipulaciones necesarias para el tratamiento que suponen un riesgo para el paciente quemado. La neumonía, en la actualidad la complicación infecciosa más frecuente en los pacientes quemados hospitalizados, casi siempre es de origen hospitalario y adquirida por vía respiratoria; también puede haber embolias pulmonares sépticas. Puede aparecer una tromboflebitis supurativa como complicación del cateterismo vascular necesario para el soporte hídrico y nutricional en los pacientes quemados. Las lesiones por quemaduras graves también se pueden ver complicadas por endocarditis, infecciones urinarias, condritis bacterianas (sobre todo en los pacientes con quemaduras en los pabellones auriculares) e infección intraabdominal²⁷.

El objetivo último del tratamiento de las heridas por quemadura es el cierre y la curación de la herida. La extirpación quirúrgica precoz del tejido quemado, junto con el desbridamiento amplio del tejido necrótico y el injerto de piel o de sustitutos cutáneos, disminuyen en gran medida la mortalidad asociadas a las quemaduras graves. Además, los tres antimicrobianos tópicos más utilizados (crema de sulfadiazina, crema de acetato de mafenida y nitrato de plata) disminuyen espectacularmente la masa bacteriana de las heridas por quemaduras y reducen la incidencia de infecciones; en las quemaduras de espesor parcial y completo se aplican de forma sistemática. Los tres agentes son

²⁶Ibíd.
²⁷Ibíd.

activos contra numerosas bacterias también contra algunos hongos, y resultan útiles ante de que se haya establecido la colonización bacteriana. La sulfadiazina argénica se utiliza a menudo inicialmente, pero su valor puede verse limitado por la resistencia bacteriana²⁸.

El acetato de mafenida posee actividad más amplia, la crema penetra en las escaras, por lo que puede prevenir o tratar la infección subyacente. Los principales inconvenientes de esta fármaco radican en que puede inhibir la anhidrasa carbónica, dando lugar a acidosis metabólica, y en que provocan reacciones de hipersensibilidad hasta en el 7% de los pacientes. Se utilizan casi siempre cuando la herida es invadida por bacterias gramnegativas y cuando ha fracasado el tratamiento con sulfadiazina argénica²⁹.

Cuando se diagnostica una infección invasora de la herida se debe cambiar el tratamiento tópico a acetato de mafenida. La clisis bajo la escara (instalación directa de un antibiótico, a menudo piperacilina, bajo la escara y dentro de los tejidos de la herida) suele ser un coadyuvante útil del tratamiento quirúrgico y antimicrobiano sintético. Se debe iniciar tratamiento general con antibióticos activos frente a los patógenos gramnegativos. En los pacientes alérgicos a la penicilina se puede sustituir la oxacilina por vancomicina (1 gr. por vía intravenosa cada 12 h), frecuentemente se ha observado que los pacientes con heridas por quemaduras presentan alteraciones metabólicas y de los mecanismos de depuración renal que obligan a controlar los niveles séricos de antibióticos; a menudo, los niveles que se alcanzan con la dosis convencionales resultan subterapéuticos³⁰.

En general, los antibióticos profilácticos por vía general no tienen cabida en el tratamiento de las heridas por quemaduras (excepto en quemaduras pequeñas en pacientes ambulatorios) y, de hecho, pueden inducir a colonización por microorganismo resistentes. Una excepción son los casos que requieren manipulación de las quemaduras. Dado que procedimientos como el desbridamiento, la extirpación el injerto frecuente ocasionan bacteriemia, en el momento de la manipulación de la herida se administran antibióticos profilácticos por vía sistémica:

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*



los agentes que se deben utilizar se aligeran de acuerdo con los datos obtenidos mediante el cultivo de la herida o con los datos de la flota residente del hospital³¹.

Todos los pacientes con lesiones por quemaduras serán sometidos a inmunización de recuerdo contra el tétano en caso de que hubiera completado la inmunización primaria pero no hubieran recibido una dosis de recuerdo en los últimos 5 años. Los pacientes que no hubieran completado la inmunización primaria recibirán inmunoglobulina antitetánica y serán sometidos a dicha inmunización primaria. Las medidas de control de la infección desempeñan un papel fundamental en la prevención de la diseminación de los patógenos hospitalarios resistentes a los antibióticos³².

El tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo. Las posibilidades, reales, de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura. El equipo multidisciplinario de profesionales y especialista de quemados, lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura de éste paciente. Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente³³.

El tipo de lesiones que sufren los pacientes quemados, hace que su recuperación requiera de un personal profesional debidamente entrenado. La intervención en crisis debe ofrecerles a los pacientes oportunidad de expresar sus emociones,

³¹ *Ibíd.*

³² *Ibíd.*

³³ www.insp.mx/salud/40/405-7htm/.

desde el primer día, por lo que es necesario contar con los servicios de los psicólogos, capacitados para esa labor.

Es importante destacar que al tener conciencia de su situación y percibir que no son autosuficientes como antes, los pacientes pueden sentirse amenazados, deprimidos, ansiosos o temerosos. Según Martín (en Freedman, Kaplan y Sandock, 1982), "la gente difiere en su habilidad y deseo para aceptar el papel de paciente" (p.1909). Esta consideración sobre la dependencia existente entre médico - paciente, en la mayoría de los casos es aceptada de una manera normal, sin embargo, en ciertos pacientes, por lo general con conflictos de dependencia, se van a presentar dificultades en el sentido de prolongar la convalecencia. Existen dos tipos de reacciones en pacientes de este tipo: los que ansían dependencia y los otros que tienen miedo de ella.

El paciente emocionalmente maduro será capaz de aceptar de forma consciente su enfermedad y, si fuera el caso, la muerte. El psicólogo deberá concientizar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la efectividad del tratamiento que se seguirá con él. Igualmente los pacientes deben ser informados de que la tensión puede afectar la circulación, impedir el proceso de cicatrización y disminuir su comodidad (Achauer,1993). El Dr. Del Sol, señaló que en Cuba los sujetos atendidos en el servicio de quemados del Hospital Docente General Calixto García, así como en otras unidades parecidas, necesitan atención tanto médica reconstructiva como psicológica (Del Sol, 1990).³⁴

³⁴ www.EFEmedicinaneews.com.

También es importante considerar los apoyos sociales con que cuenta el paciente. El centro médico debe iniciar el contacto con los familiares, de ser posible desde el primer día de ingreso. Esto con el fin de permitirles manejar la culpa, la incredulidad y la pérdida y facilitar de esta forma que los contactos sociales del quemado, sobretudo los familiares, estén en mejor capacidad de brindarles asistencia emocional.

La mejor predicción del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuenta, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. El mismo autor recomienda la técnica de relajación simple, las técnicas de autocontrol, la respiración primaria y las técnicas de disociación, como formas de alejamiento de su situación, y de las cuales podría disponer cuando así lo requiera. Estas técnicas pueden ser enseñadas por personal técnico calificado como son: psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Un aspecto al que contribuyen las técnicas de relajación es al control del dolor. Los grados elevados de ansiedad y la atención en el estímulo generador originan mayor percepción del dolor. Las técnicas de relajación pueden contribuir no sólo a disminuir la ansiedad, para así disminuir la percepción del dolor, sino que logran potencializar los analgésicos. Con estos pacientes debe considerarse, además, que el dolor no sólo está presente en la lesión, sino que los tratamientos médicos para las quemaduras son dolorosos. Para que la cicatrización tenga lugar, las heridas deben ser lavadas, lo que produce dolor en el paciente. El dolor también



se incrementa cuando es movido en la cama, al transportarlo, al realizar los ejercicios y al tomar tejido sano para injertos.

Blumenfle y Schoeps (1993) realizaron un estudio con 68 quemados de un centro médico y encontraron que 16 de ellos fueron incapaces de ocupar sus funciones sociales o laborales varios meses después de la lesión y presentaron síntomas psicológicos: disturbios del sueño durante su hospitalización y posteriormente a ella y utilizaron regresiones, mecanismos de defensa y tendencia a experimentar la lesión como una herida narcisista, en mayor grado que los del grupo restante.

Los pacientes participantes en el estudio de Blumenfleid y Schoeps (1993) tenían entre 18 y 32 años, estuvieron hospitalizados por más de una semana con quemaduras de leves a moderadas y no hubo diferencias en cuanto a: edad, sexo, raza, agente agresor, circunstancias del accidente y grado de desfiguramiento. Además se descartó sicopatología preexistente, abuso de sustancias o enfermedad médica. También se aseguraron de que los sujetos de la muestra tuvieran un adecuado soporte social y económico. Un signo de pronóstico fue la ausencia de afecto espontáneo, especialmente antes de que el dolor y las dificultades médicas fueran resueltas, lo que indica que un paciente con lesiones menores puede desarrollar problemas emocionales, si no goza de humor con el equipo médico³⁵.

³⁵ www.cordavida.com.

Muchos terapeutas recomiendan proporcionar psicoterapia breve a los quemados una vez estabilizados desde el punto de vista médico (Achauer, 1993; Blumenfeld y Schoeps, 1993). Del personal que atiende a este tipo de pacientes, las enfermeras son quienes por su continuo contacto, pueden recomendar y coordinar servicios especiales que contribuyan al mejor estado emocional y psicológico de los mismos.

Achauer (1993) en consecuencia, recomienda un período de intensa psicoterapia de la siguiente manera:

Identificar para dar atención de inmediato, al trastorno de estrés post traumático (TSPT), el cual conlleva la evitación de contactos interpersonales, sociales y laborales

Recomienda usar técnicas de hipnosis.

Lograr que el paciente acepte el desfiguramiento y cualquier incapacidad que la quemadura le ocasione.

Cabe destacar la importancia del estrés post traumático, con datos obtenidos por la investigación llevada a cabo por Mora, Peña y Cortorreal (1994). En dicho estudio, en una muestra de 30 pacientes quemados de la Unidad de Quemados Pearl F. Ort, la totalidad presentó TSPT. El TSPT es definido como "el temor relacionado con un accidente y la subsecuente reacción emocional". Se considera agudo si dura menos de seis meses y crónico si pasa de ese período.*

Etapas de Lee de Respuesta Psicológica

Impacto:

Inmediatamente luego de la Quemadura

Shock Incredulidad

Despersonalización

Retiro o Negación:

Luego del impacto inicial

Supresión Represión

Desconfianza

Aceptación:

Luego de la negación

Apenado, Tristeza

Reconstructiva:

Fase final

Aceptación de limitaciones

Inicia la reedificación de su vida

Cabe destacar la importancia del estrés post traumático, con datos obtenidos por la investigación llevada a cabo por Mora, Peña, y Cortorreal (1994). En dicho estudio, en una muestra de 30 pacientes quemados de la Unidad de Quemados Peari F. Ort, la totalidad presentó TSPT. El TSPT es definido como “el temor relacionado con un accidente y la subsecuente reacción emocional”. Se considera agudo si dura menos de seis meses y crónico si pasa de ese período.*

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, lo describe como “La re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas

debidos a la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma” (DSM-IV 1995, pp. 401)³⁶.

Dos tercios de los pacientes quemados sufren secuelas psicológicas. Según un estudio de Blumemlied y Schoeps (1993), de 68 pacientes, 16 presentaron problemas psicológicos posteriores. Sueños, imágenes repentinas y fantasías acerca del accidente empiezan a ser integradas a la realidad, de forma tal que muchos los presentan después de una o dos semanas, posteriores al accidente. En otros, los síntomas no ceden en uno dos meses. Ocasionalmente las reacciones las quemaduras o el trauma pueden ser reactivados muchos meses o años después, ante otro trauma. Algunos pueden requerir tranquilizantes para controlar sus imágenes traumáticas sobre el accidente y antidepresivos o sedantes para la ansiedad

Es fundamental enseñarle al paciente que detrás de su deformidad se encuentra un ser humano, esto le puede ayudar a desviar la atención hacia él como persona. Bernstein, opina que: las manifestaciones de auto-consideración y auto-confianza positivas despiertan respuestas positivas y pueden liberar de problemas a los desfigurados. La psicoterapia breve, las técnicas de hipnosis, la relajación y las imágenes mentales, pueden contribuir a controlar el temor y la ansiedad que conlleva todo traumatismo y a la vez también a mitigar el dolor tan frecuente en las quemaduras graves.

³⁶ www.doyma.es/nursing.

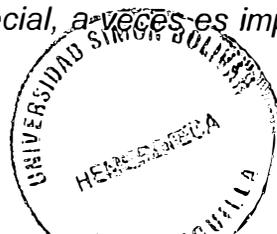
Trabajo con el dolor psicológico y las pérdidas en pacientes quemados.

Bluinenfield y Schoeps (1993) han destacado el papel del control del dolor. Sin embargo, enfocan además el dolor proveniente de las pérdidas. Opinan que todo paciente que ha sufrido una quemadura o una lesión grave, ha sufrido una pérdida. Puede haber perdido una función, un rol, independencia o la sensación de seguridad en el mundo, tal vez su hogar, sus posesiones o a sus seres queridos. En algunos casos, la pérdida es evidente, pero no siempre.

Antes de llevar a cabo la intervención psicológica, debe conocerse qué es lo que éste perdió, es decir, debe conocerse el significado profundo de las pérdidas, que a veces no es tan aparente. No sólo puede pasar inadvertido para el observador el significado verdadero de la pérdida, sino que el paciente puede necesitar ayuda para clarificar el objeto de ésta.

*Para el trabajo de pérdida con el paciente, Kubier Ross (1975) citado en Blumenfeld y Schoeps (1993) sostenía que las personas pasaban por cinco etapas hasta superarlas. Estas etapas son: **negación, intrusión, enojo, depresión y aceptación**, muy parecidas a las etapas señaladas por Horowitz (1976) citado en Slaikeu (1995) quien habló de llanto, negación o intrusión, penetración y consumación.*

Ambos autores hicieron hincapié en que no todas las personas pasan por todas las etapas y que éstas pueden no seguir un orden especial, a veces es imposible



diferenciarlas. Westberg (1963) citado en Blumenfeld y Schoeps (1993) enfatiza que la pérdida posee un inicio, un intermedio y un final. También determinó diez etapas; expresión emocional, depresión, síntomas físicos, pánico, culpa acerca de la pérdida, enojo, resentimiento, resistencias para continuar, esperanzas y afirmación de la realidad. Los autores que se han referido al trabajo de las pérdidas, opinan que el conocimiento de las etapas facilita a los profesionales, la intervención psicológica con los pacientes quemados.

Blumenfeld y Schoeps (1993) sugieren trabajar tempranamente las pérdidas en los pacientes y evitar que tanto el como sus familiares eludan referirse a ellas. Dichos autores han encontrado quemados que hablan gustosos acerca de sus pérdidas, aún si mostraron resistencias iniciales. Estos autores son de la opinión, que una frase como: "esto debe ser muy doloroso para usted" podría promover que la emoción salga, o "yo puedo ver que usted está sintiendo un gran dolor, dígame más acerca de sus sentimientos". Para el trabajo con pacientes que se han referido a sus pérdidas sugieren: "con el tiempo, el dolor será menos intenso que ahora". Las palabras, consideran, pueden ayudarlos a que se sientan mejor, pero el dolor no se elimina así, sólo favorece la expresión de sentimientos, siempre que el paciente sienta que el que lo escucha o facilitador puede soportar el oír todas sus emociones, mientras él está hablando.

El trabajo de las pérdidas puede hacer surgir frases como: "yo siento que me voy a volver loco", semejante comentario obviamente necesita una explicación, pero

debe tomarse en cuenta que igual que las somatizaciones, las preocupaciones con la imagen por la pérdida, culpa, hostilidad, son patrones normales de conducta ante la reacción de pérdida.

El proceso después de quemaduras severas pasa por cuatro etapas, tres durante la hospitalización y una en la casa. La primera se llama aguda y está dominada por mecanismos de defensa y defensas de emergencia. La fase inmediata usualmente se inicia después de dos semanas, en ella los factores psicológicos se fortalecen. La recuperación continúa y el paciente entra en la tercera etapa; donde las destrezas sociales influyen los pensamientos y sentimientos de la víctima. La última etapa, se da cuando el individuo de nuevo se ajusta a la familia, trabajo y sociedad. A continuación detalles de cada una de ellas.

SÍNTOMAS DE ESTRÉS QUE SE PUEDEN EXPERIMENTAR DURANTE UN SUCESO TRAUMÁTICO O DESPUÉS DEL MISMO

Físicos*	Cognoscitivos	Emocionales	De Conducta
Dolor en el pecho*	Confusión	Ansiedad	Ira intensa
Dificultad para respirar*	Pesadillas	Culpa	Aislamiento
shock*	Desorientación	Aflicción	Estallidos emocionales
Fatiga	Aumento o disminución del estado de alerta	Negación	Pérdida o aumento temporal del apetito
Náuseas Vómitos	Concentración deficiente	Pánico severo	Consumo excesivo de alcohol
Mareo	Trastornos de la memoria	[raro] Miedo	Incapacidad de descansar, intranquilidad
Sudoración	Dificultad para resolver problemas	Irritabilidad	Cambios en la conducta sexual
Excesiva Aceleración del ritmo cardíaco	Dificultad para identificar personas u objetos conocidos	Pérdida del control emocional	
Sed		Depresión	
Dolor de cabeza		Sentimiento de fracaso	
Alteraciones visuales		Sentirse abrumado	
Espasmos de la mandíbula		Culpar a los demás o a sí mismo	
Dolores difusos			

FASE AGUDA O FASE INMEDIATA

En la primera fase el paciente se preocupa de la adaptación al cambio abrupto sufrido, en su paso de la salud a la situación de crisis y de estar en peligro de muerte. Esta es la etapa en la cual el paciente lucha por su vida, generalmente abarca de dos a cuatro semanas. Los síntomas físicos presentes son: anoxia, desbalance electrolítico, infecciones, edema y reacciones en todo su sistema. El estrés es tremendo y psicológicamente el impacto es el mismo. En esta etapa la víctima utiliza defensas primitivas como negación y represión. Las defensas son usadas con el propósito de proteger al paciente de la seriedad de su situación. Puede presentar delirios, insomnio y ansiedad. El delirio es el resultado de un síndrome orgánico cerebral. Se caracteriza por confusión, desorientación, agitación o apatía, insomnio y pesadillas, alucinaciones y menoscabo intelectual. Pueden aparecer signos neurológicos. El delirio tiende a agudizarse en la noche y es común en pacientes con grandes extensiones del cuerpo quemadas. Esto ocurre en el 30 por ciento de los adultos quemados. Es frecuente que aparezcan sentimientos depresivos.

FASE DE CONVALECENCIA O FASE DE REINTEGRACIÓN

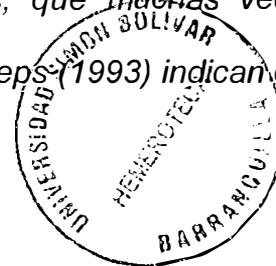
En la segunda fase hay un ajuste al impacto. Ya pasó el peligro de muerte y se empieza a luchar con el dolor constante, los tratamientos dolorosos y además se examina la calidad de su futura vida. Se aumenta el contacto con el personal

médico, enfermeras y familiares. Las reacciones psicológicas normales son: el miedo (en relación a los tratamientos), la ansiedad acerca de su futuro funcionamiento, la depresión moderada, como resultado de la pérdida de funciones, del desfiguramiento y la separación de los seres queridos. La exacerbación de estos síntomas resulta patológico y puede dar como resultado depresiones severas, regresiones o psicosis. Una tercera parte de los pacientes adultos quemados presentan síntomas patológicos, durante la hospitalización. La depresión es el mayor problema en la recuperación de dichos pacientes.

Sentimientos más frecuentes en pacientes quemados: La depresión, el enojo, hostilidad y la ansiedad

Depresión: La depresión es una respuesta esperada en las pérdidas. Las lesiones pueden conllevar pérdidas de funciones del cuerpo, de familiares o de trabajo. Todas estas producen ansiedad y también pueden generar depresión, manifestándose de muchas formas. Los pacientes pueden hablar de tristeza o expresar tristeza en su expresión facial, el apetito disminuye, hay pérdida de peso, trastornos del sueño y paralelamente disminuye la actividad psicomotora al despertar por la mañana. Todas estas son señales de humor depresivo (Blumenfeld y Schoeps; 1993, Slaikou; 1995).

Una quemadura produce tantos cambios metabólicos, que muchas veces se dificulta el diagnóstico de depresión. Blumenfeld y Schoeps (1993) indican que los



pacientes han progresado a una condición depresiva, cuando la pérdida causada por la quemadura viene a distorsionar su mente y cuando hay un concomitante decrecimiento de los sentimientos de valía. Los autores consideran que la depresión mayor no se inicia con los pensamientos recurrentes, o los recuerdos tristes de la pérdida, sino cuando estos le dan un significado a la pérdida que daña su autoestima. Los pacientes que han sufrido amputaciones, pueden percibirse como desfigurados y acompañarse esta percepción de culpa irracional, y autoacusaciones.

La presencia de síntomas vegetativos tales como: disturbios del sueño, constipación, disminución del apetito, desinterés sexual y una lentitud general, pueden hacer pensar en una depresión; sin embargo, estos síntomas pueden estar presentes en pacientes graves como manifestación de su condición fisiológica. Debe siempre mirarse la historia personal, en busca de enfermedad mental previa, especialmente de desorden afectivo mayor.

Es común encontrar un paciente con una depresión mayor y además deprimido, como una respuesta a la pérdida o una persona que con propensión a presentar un desorden afectivo, desarrolle algún grado significativo de depresión. Existen algunos síntomas psicológicos y psiquiátricos que según Blunienfle y Schoeps (1993) pueden ser causados por el uso de drogas, incluida la depresión y el síndrome sicótico, que a su vez puede dar como resultado, la esquizofrenia. Estos efectos pueden estar relacionados con las dosis de las drogas, o pueden ser

idiosincrásicos. Los síntomas que empieza cuando el paciente está tomando drogas, usualmente desaparecen después que dejan.

Estos autores señalan la importancia del monitoreo de signos peligrosos en personas afligidas que no han manejado las pérdidas, tales como:

- 1. Persistencia de creencias acerca del suicidio. Tomando en consideración que comentarios sobre el suicidio no son inusuales, pero algunas ideas suicidas deben tomarse en serio.*
- 2. Fracaso para obtener los recursos básicos de supervivencia. Aunque es ciertamente común que este paciente se olvide de comer y encuentre dificultades para dormir, sin embargo la persistencia en la pérdida de apetito y disturbios del sueño es un signo de serios problemas potenciales.*
- 3. Persistencia del duelo o depresión persistente. Más significativo que la duración del proceso de duelo es la progresión observada. Estas personas afligidas, preocupadas por las pérdidas son capaces de invertir energía en sus intereses o son los síntomas de aflicción los mismos o peores que meses o años atrás, son estos algunos de los signos que deben monitorearse.*
- 4. Abuso de drogas o alcohol. El uso de estas sustancias puede producir un temporal adormecimiento del dolor y la pena, pero pueden retardar el proceso de recuperación.*

5. *Recurrir a la enfermedad mental. Aunque muchas personas con serias enfermedades mentales pueden estar limitadas en sus habilidades para manejar la pena y el duelo, el estrés puede también ser difícil de manejar para personas con un precario equilibrio.*

ENOJO Y HOSTILIDAD

Los pacientes internos dentro de un hospital sólo pierden temporalmente el control, también pierden posesiones, auto imagen, y afectos, por esto es usual, como lo refieren los investigadores Blumenfield y Schoeps (1993) que estén presentes sentimientos como la ira, el enojo y la hostilidad. La primera consideración ante estos pacientes es el control del dolor y corregir si hay una sub-medicación. Si la cólera y hostilidad es por síndrome mental orgánico, debe reconocerse y de ser posible corregirse. Heridas en la cabeza pueden causar cambios en los patrones conductuales. El síndrome de aislamiento por drogas o alcohol necesita ser reconocido y corregido. Debe tomarse en consideración que ciertos medicamentos pueden producirlo también. Pacientes que tienen un persistente desorden psiquiátrico mayor, puede ser debido a patrones conductuales usuales o producto de una descompensación psicótica que se refleja en agitación, cólera y conducta paranoica, en estas situaciones los fármacos son usualmente los más apropiados. Es probable que la cólera y conducta agitada sean universales en personas hospitalizadas por traumas o quemaduras y son



usualmente las primeras emociones en aparecer, para dar paso posteriormente a la dependencia.

Ansiedad. *Otra emoción común en pacientes quemados es la ansiedad. Esta emerge porque la persona experimenta el trauma como una situación peligrosa, que hace surgir miedos básicos experimentados en la infancia. Blumenfeld y Schoeps (1993) han observado siete tipos de ansiedad en estos pacientes la amenaza básica a la integridad narcisista, miedo a los extraños, miedo a la separación, miedo a perder el amor y la aprobación, miedo a lesionar o perder partes del cuerpo y miedo a perder el control de las funciones del cuerpo.*

TRATAMIENTO

Alrededor del 85% de los pacientes quemados son de poca importancia y pueden ser tratadas en el domicilio, en la consulta del médico, o en la sala de urgencias de un hospital. Es necesario desvestir al quemado (especialmente si lleva ropa que arda rápidamente, como camisas de fibras sintéticas, o que esté cubierta de alquitrán caliente o empapada con algún producto químico), va que así se ayuda a detener la progresión de la quemadura y se evitan nuevas lesiones. Los productos químicos, como los ácidos, los álcalis y los compuestos orgánicos, se limpian de la superficie cutánea con abundante agua lo antes posible³⁷.

La hospitalización del quemado es más aconsejable en las siguientes situaciones:

- *Quemaduras de cara, las manos, los genitales o los pies.*

³⁷ <http://www.INDEXER>. "Guía básica para el tratamiento del paciente quemado". Herramientas comprensivas y sencillas para encarar el manejo de las injurias térmicas.

- *Dificultades en el tratamiento a domicilio.*
- *El quemado es menor de 2 años o mayor de 70.*
- *Daños en algunos órganos internos.*³⁸

QUEMADURAS LEVES. Siempre que sea posible, las quemaduras leves deberían sumergirse de inmediato en agua fría. Las quemaduras con productos químicos, deberían ser lavadas con grandes cantidades de agua repetidas veces. En la consulta del médico o en la sala de urgencias, la quemadura se limpia con agua jabón para eliminar la suciedad. Si hay polvo adherido a la superficie de la piel, se puede anestésicar la zona y eliminarlo con un cepillo. Las ampollas que han reventado o que podrían hacerlo con facilidad suelen ser extirpadas. Una vez limpia la zona, se aplica una crema con un antibiótico como sulfadiacina de plata³⁹.

A continuación, se coloca una venda, generalmente hecha de gasa, para proteger la zona quemada del polvo y de otras posibles lesiones. Mantener el área limpia es extremadamente importante, porque si la capa superior de la piel (epidermis) resulta dañada, puede sobreinfectarse. Los antibióticos pueden ayudar a evitar la infección, pero no siempre son necesarios. Si la inmunización de la persona no está actualizada, se aplica una dosis de refuerzo de vacuna antitetánica⁴⁰.

Un brazo o una pierna quemados suelen mantenerse a una altura más elevada que la del corazón para reducir la hinchazón. Mantener esta posición sólo es posible en el hospital, donde parte de la cama puede elevarse o es posible recurrir a la tracción. Si la quemadura afecta a una articulación y es de segundo o tercer grado, puede que deba ser inmovilizada con una férula, ya que el movimiento podría empeorar la herida. Muchos quemados necesitan analgésicos, por lo general derivados opiáceos, durante al menos unos días⁴¹.

QUEMADURAS GRAVES. Las quemaduras más graves que ponen en peligro la vida requieren atención inmediata,

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*

preferiblemente en un hospital equipado para tratar quemaduras. El personal de rescate o de las ambulancias suelen administrar oxígeno a las víctimas de incendios utilizando una mascarilla facial, con el fin de ayudarles a superar los efectos del monóxido de carbono, un gas venenoso que suele formarse en los incendios⁴².

En la sala de urgencias, los médicos y las enfermeras se aseguran de que la persona pueda respirar bien, comprueban que las otras heridas no pongan en peligro su vida y el tratamiento para reponer los líquidos perdidos y para evitar las infecciones. Para tratar las quemaduras graves en ciertos casos se usa la terapia con oxígeno hiperbárico, en la cual el paciente es colocado en una cámara especial con oxígeno a una presión más elevada de lo habitual. Sin embargo, deben ponerse en práctica en las primeras 24 horas tras haberse producido la quemadura y no todos los centros de atención disponen de la misma⁴³.

Si durante un incendio las vías respiratorias y los pulmones se han lesionado, se coloca un tubo en la garganta para asistir la respiración. La decisión de colocar dicho tubo (intubar) depende de factores como el ritmo respiratorio, puesto que el hecho de respirar demasiado deprisa o con mucha lentitud impiden que los pulmones se llenen suficientemente y llegue una cantidad adecuada de oxígeno a la sangre⁴⁴.

Puede ser necesario intubar cuando se ha producido una lesión directamente en la cara o cuando la hinchazón de la garganta amenaza la respiración. En ciertos casos se intuba cuando el médico sospecha que existen una lesión respiratoria antes de que resulte obvia, por ejemplo; cuando la víctima ha estado expuesta a un tipo de fuego que, por lo general, daña las vías respiratorias (especialmente un incendio en un espacio cerrado a una explosión), cuando se encuentra hollín en la nariz o en la boca, o bien cuando los pelos de las fosas nasales están quemados. Si la respiración es normal, basta con administrar oxígeno mediante una mascarilla facial⁴⁵.

⁴²Ibíd.

⁴³Ibíd.

⁴⁴Ibíd.

⁴⁵Ibíd.



Una vez limpia la zona, se aplica una crema o ungüento con antibiótico: seguidamente, se cubre con venda estériles. Este vendaje suele cambiarse dos o tres veces al día. Como las quemaduras extensas son extremadamente susceptibles a las infecciones graves, se administran antibióticos por vía intravenosa. Dependiendo del estado de las vacunas previas del quemado, también pueden aplicarse una dosis de refuerzo de la antitetánica⁴⁶.

Las quemaduras extensas pueden producir una pérdida de líquidos capaz de poner en peligro la vida de la persona. También se administran fluidos por vía intravenosa para reponer las pérdidas. Las quemaduras profundas pueden causar mioglobinuria, una situación en la que los músculos lesionados liberan la proteína mioglobina, que daña los riñones. Puede producirse insuficiencia renal a menos que se administre suficiente líquido⁴⁷.

La piel quemada se convierte en una superficie engrosada y costrosa llamada escara, que puede retraerse, endurecerse e impedir que la sangre llegue normalmente a la zona. La disminución del suministro de sangre puede resultar peligrosa si la quemadura abarca completamente un brazo o una pierna. El médico tal vez necesite cortar la escara (escarotomía) para así conseguir aliviar la presión que se ejerce sobre el tejido sano que se encuentra por debajo⁴⁸.

Una quemadura profunda puede curarse por si sola si la zona afectada es pequeña (no mayor que una moneda) y se mantiene meticulosamente limpia. Sin embargo, si la dermis subyacente ha sufrido un daño importante, por lo general, se necesita un injerto de piel para cubrir la zona lesionada. Un injerto es una porción de piel sana que se extrae de otras zonas del cuerpo de la víctima (autoinjerto), de otras personas viva o muerta (aloinjerto), o de otras especies (xenoinjerto), por lo general de los cerdos, porque su piel es muy similar a la humana. Los autoinjerto son permanentes, pero los injertos de piel de otras personas o animales son temporales y protegen la

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Ibid.*

zona mientras el organismo se recupera, hasta que, al cabo de 10 o 14 días, son rechazados por el organismo⁴⁹.

Por lo general, es necesario recurrir a la fisioterapia y a la terapia ocupacional para reducir al mínimo la cantidad de cicatrices y mantener, en lo posible, el funcionamiento de las zonas afectadas. Para mantener las articulaciones extendidas y evitar que los músculos y la piel se tensen y contraigan, deben colocarse férulas lo antes posible. Estas férulas no deben retirarse hasta que la zona esté completamente curada⁵⁰.

Antes de realizar un injerto de piel, las articulaciones afectadas son movilizadas de forma que se vayan incrementando su capacidad de movimiento hasta conseguir un nivel normal. Una vez realizado el injerto, el médico suele inmovilizar la articulación entre 5 — 10 días para asegurarse de que está bien fijado antes de volver a empezar los ejercicios⁵¹.

Las víctimas de quemaduras necesitan consumir una adecuada cantidad de calorías y nutrientes para que las lesiones se curen. Quienes no puedan comer lo suficiente pueden beber suplementos nutricionales, o bien recibirlos a través de un tubo introducido por la nariz hasta el estómago (sonda nasogástrica). Si los intestinos no funcionan debido a una lesión o a operaciones sucesivas, es posible administrar los nutrientes por vías intravenosa⁵².

Como las quemaduras graves tardan mucho en curarse, a veces años, una persona que las sufra puede desarrollar una depresión. La mayoría de centros para quemados brindan psicológico a sus pacientes a través de asistentes sociales, psiquiatras y otros profesionales⁵³.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*



REHABILITACIÓN

A la admisión del paciente, los planes deben considerar a prevención contractura muscular y deformidad anatómica. Las implementaciones de tales medidas deformidad atómica. La implementación de tales medidas ha de ser individual. La de ambulación temprana es importante y todas las extremidades deben ser estrictamente ejercitadas con mucha frecuencia durante todo el día.

La postura adecuada en cama es esencial para la prevención de la contractura. Posiciones de confort para el paciente no deben ser permitidas va que esta posición de confort para el paciente es la posición de contractura. La incidencias de contracturas en el pasado ha sido reducida hoy en día en forma significativa a través del uso frecuente de ejercicios apropiados de movimientos activos y pasivos, y posicionamiento adecuado durante el reposo. Al paciente y a sus familiares deben considerárseles y entrenarlos sobre la importancia de los ejercicios activos tempranos y posicionamiento adecuado durante el descanso el sueño.

DEAMBULACIÓN Y ARCOS DE MOVIMIENTO

La deambulación debe instituirse tan pronto como sea posible. Tales ejercicios pueden reducir la pérdida de masa muscular y ayuda a estimular el apetito. La deambulación también reducirá los riesgos de ulcera cutánea por presión. En adición, pedir al paciente que salga de la cama y se siente en una silla gran parte

del día, aumentara el volumen respiratorio y le dará la sensación psicológica de “normalidad” al paciente. Las articulaciones de todas las extremidades deben moverse a través (de las 24 horas del día a menos que no exista contraindicación (ejemplo: fracturas articulares expuestas).

Los pacientes con heridas abiertas por escarotomias o fasciotomias, pueden usualmente, mover estas partes activamente, en especial si la terapia se realiza tempranamente. Cuando el movimiento activo temprano es insuficiente o imposible se indican ejercicios pasivos. Sin embargo el ejercicio pasivo en una mano en hematoma o contractura es un proceso delicado; mejor sera que lo realice un experto fisiatra.

El ejercicio activo del paciente debe comenzar temprano en el día, debiendo implantarse un horario de actividades planificadas con ejercicios frecuentes y de corta duración (3- 5 minutos) cada hora si el paciente es capaz de tolerar cada sección sin fatiga por dos o tres días, los periodos pueden ser incrementados lentamente en duración y reducidos en frecuencias. Ejercicios prolongados aumentará el tono y previene la pérdida de masa muscular.

Los arcos de movimientos deben ser aconsejados, permitiendo al paciente que cumpla las actividades del diario vivir por si mismo. Peinarse el pelo o cepillase los dientes, alimentarse, deambular al baño o a la sala de hidroterapia e incluso ayudaren sus propias cura, pueden facilitarlos arcos de movimientos activos de



manos, piernas, brazos, y le otorgara al paciente algunas medidas tales como la de control del medio ambiente.

Cualquier tipo de aparato necesario para facilitar los movimientos debe permitirse tales como platos, libros, cubiertos, etc. El uso de estos utensilios llenaría al paciente de sentimientos de auto relación, mejoría de su autoestima y ulteriormente alimenta su participación, reduciendo su dependencia de otros.

POSICIONAMIENTO

Por otro lado, aun con el mas cooperativo de los pacientes, los programas de arcos de movimientos activos/ pasivos pueden ser insuficientes para prevenir el desarrollo de deformidades o contracturas. En esta situación el adecuado en cama se convierte en una necesidad importante mientras que mantener el arco de movimiento activo es el factor mas importante de perdida de movimientos, masa muscular y deformidad anatómica, se necesitan otras medidas de ayuda el posicionamiento adecuado es critico para mantener los movimientos articulares, los beneficios logrados por las secciones de ejercicios se pierden en tan solo 8 horas de sueño en posición confortable". Buscando posición confortable los pacientes pedirán una almohada para la cabeza mientras descansan, la posición con almohada esta contraindicada en quemadura (de cara y cuello. La contractura en flexión de la nuca en extensión ventral durante reposo y el sueño.

Durante el sueño los pacientes generalmente asumen posiciones indeseables de sus articulaciones. En personas sanas esto es un problema, ya que cambia los materiales de rutina como yeso y fibra de vidrio interfieren con el manejo de la herida, por lo tanto, la inmovilización con fijadores externos es el tratamiento más común. Los datos pueden ser tratados los mismos anticonceptivos y antibióticos tópicos aplicados a las heridas.

La fijación externa permite la visualización externa de la herida y permite la colocación de piel incluso alrededor de los clavos. Las manos las muñecas son áreas que requieren ferulización en la evolución post-quemadura. La flexión se considera como la posición de confort de la muñeca con las tendencias de la articulación MF a hiperextenderse, la articulación IF a flexionarse y rotación con pérdida de abducción del pulgar.

Estas posiciones contracturantes se evitan con ferulización extensión de la muñeca. El paciente con quemadura dorsal de la mano, la corrección de la muñeca en flexión no corregirá la hiperextensión de la articulación MF, la flexión IF y la abducción del pulgar. Tales quemadura, requieren células desde el antebrazo (tercio medio) hasta los pulpejos de los dedos, moldeados para sostener la articulación MF en por lo menos 70° de flexión con la articulación MF en casi extensión total y el pulgar, con abducción amplia y ligera oposición. Como sucede con todas las ferulizaciones, están deben ser solamente cuando el paciente están en reposo, deben realizarse movimientos de arcos durante las horas de fisioterapia.

Las férulas inmovilizadoras también son colocadas sobre injertadas para garantizar que el injerto no se deslice durante la toma” y para mantener posicionamiento óptimo durante este proceso. En estos casos, las férulas se colocan en quirófanos sobre los apósitos y fijadas con vendajes elástico. Los arcos de movimientos deben evitarse 4 o 5 días hasta que los injertos estén asegurados, luego de este periodo, se iniciaran arcos de movilidad pasivos. Usualmente entre el 7mo y el 8vo día, el paciente será capaz de realizar movimientos activos.

CONTROL DE CICATRIZACIÓN

Existen estudios que han demostrado que la aplicación de ropa comprensiva sobre la herida puede reducir la hipertrofia que normalmente se presentara que normalmente se presentara en una herida quemadura o en un injerto. La cicatriz hipertrófica en el quemado se define como una cicatriz elevada con apariencia de “queso suizo”. Este tipo de cicatriz es consecuencia del ordenamiento caótico de las fibras colágenas dentro de la herida durante la cicatrización. Se sabe que se produce hipertrofia pero se ignora la verdadera etiología de este fenómeno. Los vendajes elásticos, stakinnettes con esfuerzos elásticos o ropa fabricada a la medida (Jobts) con tela gomosa deben aplicarse a todas las áreas lesionadas para minimizarla formación de cicatrices hipertróficas.

La comprensión sobre la herida permite que las fibras colágenas desorganizadas se ordenen en forma paralela, a la de posición normal de colágeno, evitando así



hipertrofias groseras. Como estas fibras comienzan a parecer temprano en la evolución de la herida, es importante aplicar vendajes elásticos sobre los apósitos.

Los Stakinnettes con refuerzos elásticos pueden utilizarse cuando la herida cierre.

La ropa comprensiva definitiva debe indicarse y medirse para ser utilizada justo antes del egreso del paciente.

La ropa elástica comprensiva debe llevarse 23 horas al día todas las áreas quemadas hasta que la cicatriz madure completamente. El paciente debe tener, por lo menos 2 juegos, para siempre disponer de ropa limpia de recambio diariamente. La maduración de la herida usualmente ocurre 1 a 2 años (promedio de 18 meses) post-quemadura, ocasionalmente más tiempo. La maduración se identifica cuando desaparece el eritema y se suaviza el tejido cicatricial. Hasta tanto no madure la cicatriz, siempre habrá potencial la formación de hipertrofia y contracturas, sobre todo, en articulaciones.

Puede ser difícil para el paciente mantener la posición de forma voluntaria, por lo tanto se necesitara el uso de férulas. Los hombros deben estar en abducción de 80° a 90° con en el codo en extensión completa y las muñecas extendidas de 30° a 40° previniendo así posiciones indeseables de pequeñas articulaciones (la de las manos y muñecas. Con las muñecas extendidas de 30° a 40° las articulaciones metacarpofalángicas MF, asumirán posición en flexión debido al tiraje de los músculos intrínsecos. En esta posición las articulaciones interfalángicas IF

estarían en flexión intermedia (posición de reposo) y el pulgar asumirá posición de abducción intermedia.

Los posicionamientos correctos también son modulados por el edema periférico, toda parte edematosa debe ser elevada sobre el nivel del corazón para permitir el drenaje linfático, los brazos pueden requerir elevaciones para favorecer retorno venoso, si el paciente se encuentra fuera de la cama, se puede utilizar vendajes elásticos para modular el edema.

FERULIZACIÓN

Las consideraciones los principios de la ferulización son los mismos que los del posicionamiento. Las férulas están indicadas para evitar daños posteriores a estructuras expuestas, nervios, tendones, áreas edematosas y para la inmovilización de fracturas menores. Las férulas son fabricadas de una serie de materiales, probablemente, los mas comunes son los materiales termoplásticos de baja temperatura. Estos pueden ser hechos a la medida y moldeados directamente sobre el paciente para obtener ajuste máximo. Las férulas se colocan sobre los apósitos y se aseguran con vendajes elásticos.

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación se enmarca, según el análisis y el alcance de los resultados, como un estudio descriptivo – retrospectivo.

8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

8.2.1 Universo. *El universo esta conformado por los pacientes de 0 – 15 años de edad que fueron atendidos en el Hospital San Francisco de Paula del distrito de Barranquilla en el período Julio – Diciembre 2.003.*

8.2.2 Técnicas de la recolección de la información. *Como técnica para la recolección de la información se utilizó la observación a través de la revisión de los instrumentos utilizados como fue un formulario aplicado a cada una de las historias clínicas de los pacientes donde se consiguiera las variables de estudio.*

8.2.3 Muestra. *La muestra esta representada en un total de 50 historias clínicas de los casos por quemaduras que se presentaron durante el período Julio – Diciembre de 2.003 en el Hospital San Francisco de Paula de la ciudad de Barranquilla.*

8.2.4 Procesamiento de la información. *El procesamiento de la información se realizó de manera manual llevado a cabo la revisión correspondiente de las historias clínicas de los pacientes y luego el análisis estadístico.*

8.3 FUENTE DE INFORMACIÓN

8.3.1 Fuente secundaria. *Las fuentes de información utilizados para las historias clínicas de pacientes que presenta quemaduras durante el período comprendido Julio – Diciembre del año 2.003 en el Hospital San Francisco de Paula de la ciudad de Barranquilla. Así mismo la información como soporte bibliográfico y argumentativo de texto e Internet.*



8.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

EFFECTOS PSICOSOCIALES Y FUNCIONALES DE LAS QUEMADURAS EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

CUADRO OPERATIVO

Macrovariable	Variable	Definición	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Criterio de clasificación
Aspectos sociodemográfico	<i>Edad</i>	<i>Tiempo Cronológico Vivido en una persona desde que nace</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Intervalo</i>	<i>0 – 5 5 – 10 10 – 15</i>
	<i>Sexo</i>	<i>Características orgánica que diferencia al hombre de la mujer</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>Masculino Femenino</i>
Aspectos económicos	<i>Nivel socioeconómico</i>	<i>Categoría intelectual, social, etc., de una persona</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Ordinal</i>	<i>Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6</i>
Grado de quemadura	<i>Quemadura</i>	<i>Lesión a un tejido orgánico, a causa de la acción del fuego, sustancias calientes o corrosivas, y que generan cambios físicos y/o psíquicos.</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Ordinal</i>	<i>Grado I Grado II Grado III</i>

EFFECTOS PSICOSOCIALES Y FUNCIONALES DE LAS QUEMADURAS EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

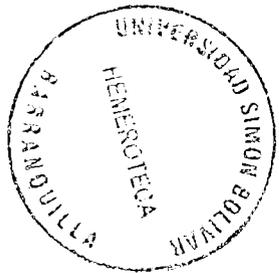
CUADRO OPERATIVO

Macrovariable	Variable	Definición	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Criterio de clasificación
Efectos psicosociales	<i>Autoestima</i>	<i>Concepto si mismo que puede ser generativo o positivo.</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>Alta</i> <i>Baja</i>
	<i>Adaptación a la sociedad</i>	<i>Es un proceso de conocimiento y aceptación.</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>No adecuada</i> <i>Adecuada</i>
	<i>Rechazo de la familia</i>	<i>Expresión negativa de la familia respecto a la aceptación o rechazo del individuo.</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>Si _____</i> <i>No _____</i>
Efectos psicosociales	<i>Depresión</i>	<i>Cambio en el estado de ánimo condicionado por la quemadura</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>Si _____</i> <i>No _____</i>
	<i>Agresividad</i>	<i>Estado motivacional a una respuesta frustrante, generada por cambios en la imagen corporal</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>Si _____</i> <i>No _____</i>
Efectos funcionales	<i>Limitación del movimiento</i>	<i>Incapacidad de ejercer movimientos debido a un comportamiento motor</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>Para flexión</i> <i>Para extensión</i> <i>Para postura</i> <i>Para la marcha</i> <i>Para flexión extensión</i> <i>Ninguno</i>

8.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

	1			2		3						4			5		6		7		8		9		10					
	a	b	c	a	b	a	b	c	d	e	f	a	b	c	a	B	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	c	d	e	f
1	x			x		x							x		X		x	x		x			x	x						
2			x	x		x								x		x	x			x	x			x			x			
3				x	x	x								x		x	x			x		x		x						x
4	x			x			x						x			x	x		x			x		x						x
5	x			x		x							x			x	x			x	x			x				x		
6			x	x		x							x			x	x		x			x	x							x
7		x		x			x						x			x	x			x	x			x						x
8		x			x	x							x			x	x		x			x					x			
9			x		x	x	x						x				x			x	x			x				x		
10	x			x		x							x		x		x			x	x			x						x
11		x		x			x							x		x	x			x	x			x						x
12		x		x		x							x			x	x			x	x			x						x
13	x				x	x							x		x		x			x	x			x						x
14	x			x			x						x			x	x		x			x								x
15	x			x		x							x		x		x			x	x			x						x
16		x		x		x							x			x	x			x	x			x						x
17	x			x		x							x				x			x		x								x
18		x			x		x						x			x	x		x		x			x				x		
19		x		x				x					x			x	x		x			x					x			
20		x		x			x						x			x	x		x			x								x
21	x				x		x						x			x	x			x				x				x		
22			x	x		x								x		x	x		x		x			x				x		
23	x			x			x						x			x	x		x			x							x	
24	x				x		x						x			x	x			x	x			x				x		
25		x			x		x						x			x	x			x				x						x
26	x				x	x							x			x	x			x	x			x					x	
27		x		x			x						x			x	x			x		x					x			
28	x			x					x				x			x	x			x	x			x						x

	1			2		3					4			5		6		7		8		9		10								
	a	b	c	a	b	a	b	c	d	e	F	a	b	C	a	b	a	B	a	b	a	b	a	b	a	b	c	d	e	f		
29	X			X		X						X			X		X		X		X		X						X			
30		X		X	X								X	X		X			X	X		X		X					X			
31		X		X			X					X		X	X				X	X		X					X					
32	X			X		X						X		X			X	X	X		X				X							
33	X			X				X				X		X			X		X		X			X						X		
34	X				X		X					X		X			X		X	X		X	X		X	X						
35	X				X			X				X		X			X		X	X		X			X					X		
36	X				X			X				X		X			X		X		X			X						X		
37	X				X		X					X		X		X			X		X			X						X		
38	X			X				X				X		X	X				X	X		X			X					X		
39	X			X			X					X		X		X			X	X		X			X		X					
40	X			X					X			X		X		X			X	X		X			X						X	
41	X			X						X		X		X			X		X	X		X			X						X	
42	X				X					X		X		X			X	X		X		X			X						X	
43		X			X	X						X		X	X				X	X		X			X						X	
44	X			X		X						X		X			X		X	X		X			X						X	
45	X				X		X					X		X			X		X	X		X			X						X	
46		X			X		X					X		X		X		X		X		X			X						X	
47		X			X		X					X		X			X		X	X		X			X						X	
48	X			X		X						X		X	X			X		X	X		X			X					X	
49	X			X				X				X		X			X		X	X		X			X						X	
50	X				X			X				X		X			X		X	X		X			X						X	
Totales	30	15	5	30	20	19	20	7	2	2		45	5	16	34	36	14	16	34	37	13	1	49	2	1	7	6	12	22			



9. PLAN DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

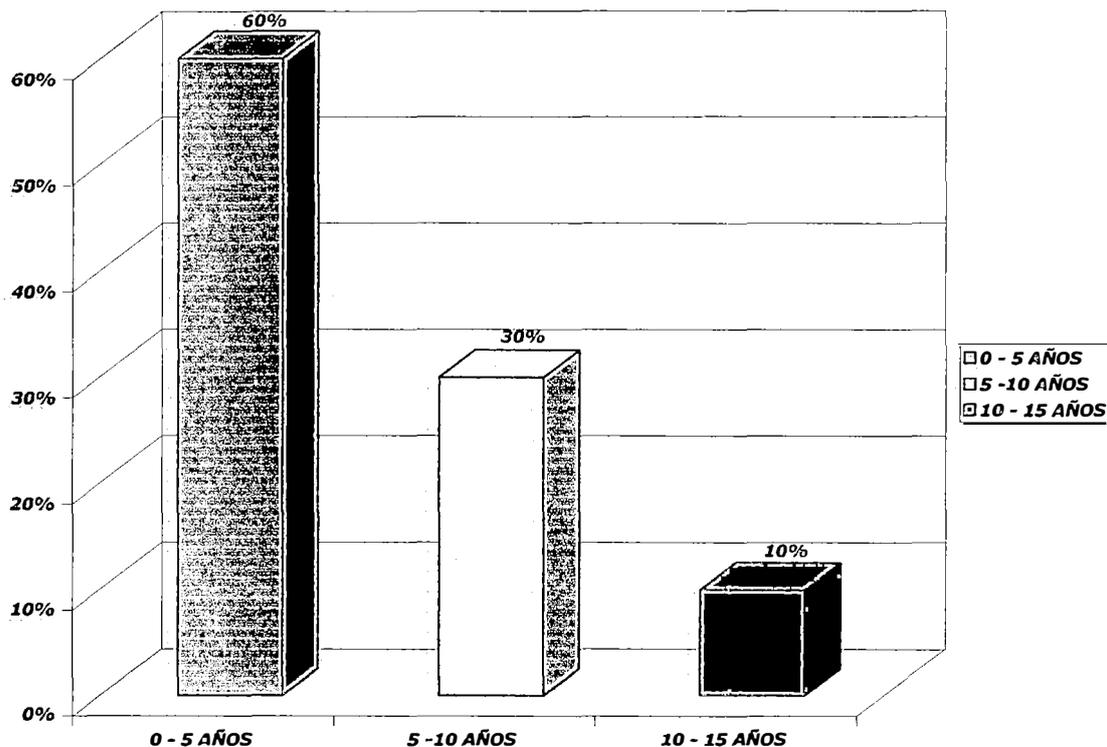
TABLA 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EDAD EN LOS NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

EDAD	FRECUENCIA	%
0 – 5 AÑOS	30	60%
5 – 10 AÑOS	15	30%
10 – 15 AÑOS	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EDAD EN LOS NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 1

Interpretación: El 60% de los niños con quemaduras tenían una edad entre 0 – 5 años; el 30% tenía entre 5 -10 años y el 10% tenía entre 10 – 15 años.



TABLA 2

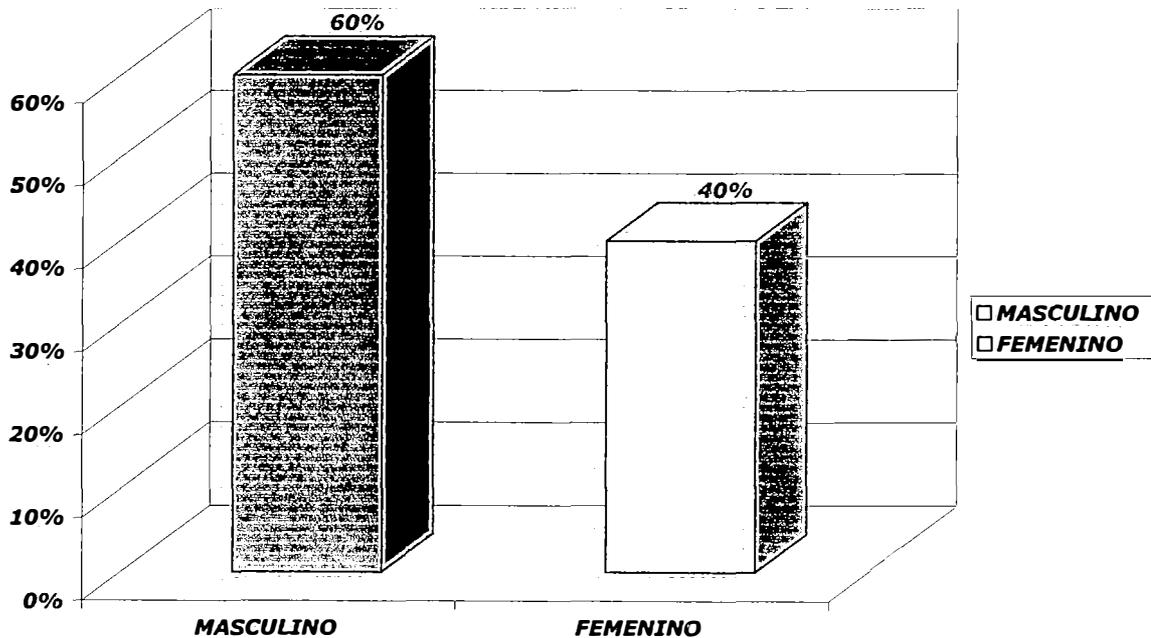
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN SEXO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	30	60%
FEMENINO	20	40%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICA 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN SEXO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 2

Interpretación: El 60% de los niños quemados corresponden al sexo masculino y el 40% al sexo femenino.

TABLA 3

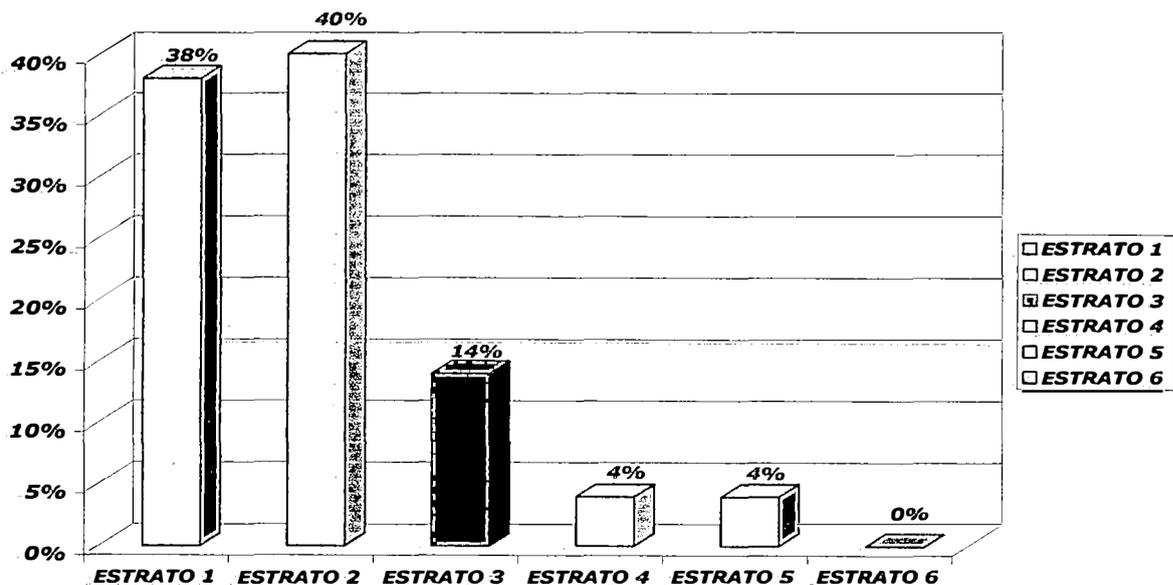
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

NIVEL SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	%
ESTRATO 1	19	38%
ESTRATO 2	20	40%
ESTRATO 3	7	14%
ESTRATO 4	2	4%
ESTRATO 5	2	4%
ESTRATO 6	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 3

Interpretación: El 40% de los niños con quemaduras corresponden al estrato socioeconómico 2; el 38% corresponde al estrato socioeconómico 1; el 14% corresponde al estrato 3 y el 4% al estrato 4 y el 4% al estrato 5.



TABLA 4

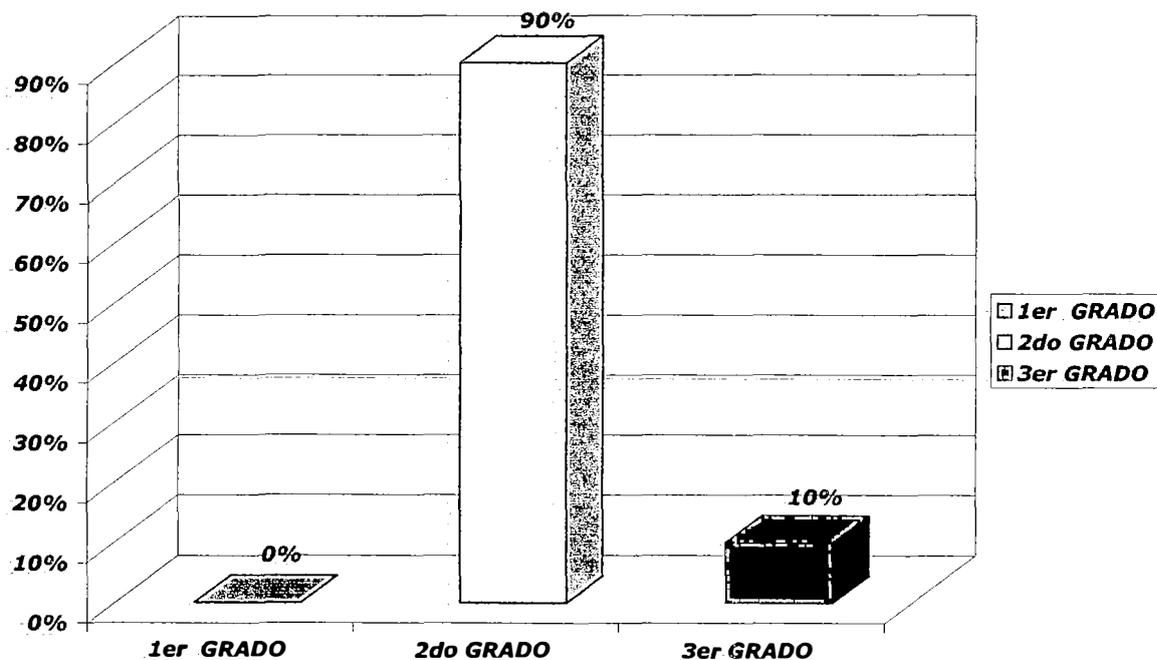
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EL GRADO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

GRADO DE LAS QUEMADURAS	FRECUENCIA	%
I ^{er} GRADO	0	0%
II ^{do} GRADO	45	90%
III ^{er} GRADO	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EL GRADO, EN NIÑOS DE 0 - 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 4

Interpretación: El 90% de los niños de 0 – 15 años con quemaduras, presentó quemaduras de II^{do} grado y el 10% presentó quemaduras de III^{er} grado.

TABLA 5

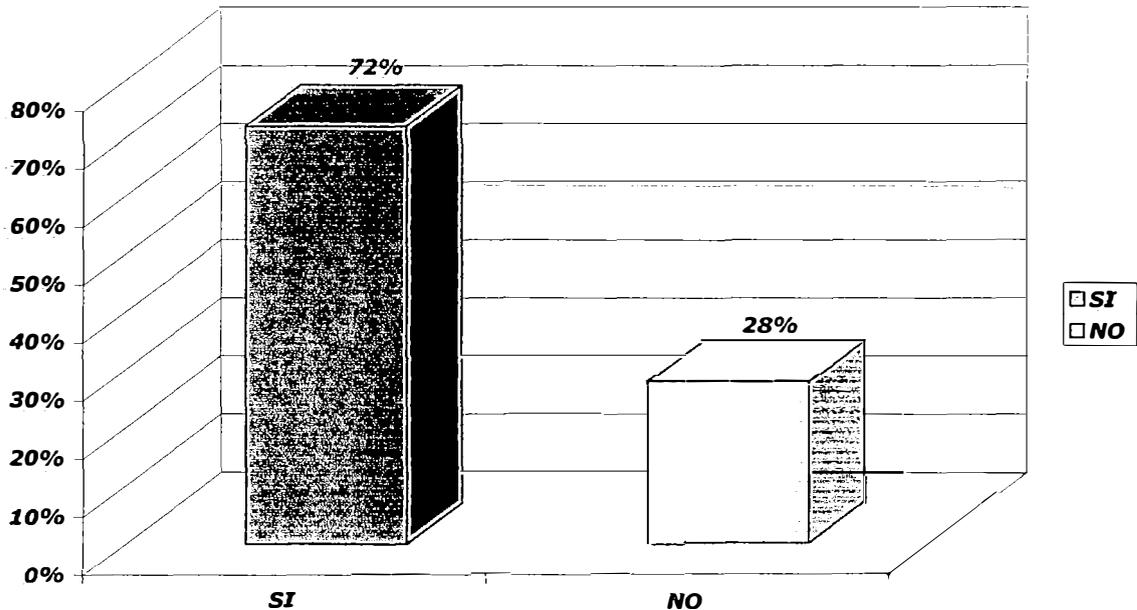
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	%
<i>SI</i>	36	72%
<i>NO</i>	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, EN NIÑOS DE 0 - 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 5

Interpretación: El 72% de los niños con quemaduras, presentó depresión y el 28% no la presentó.

TABLA 6

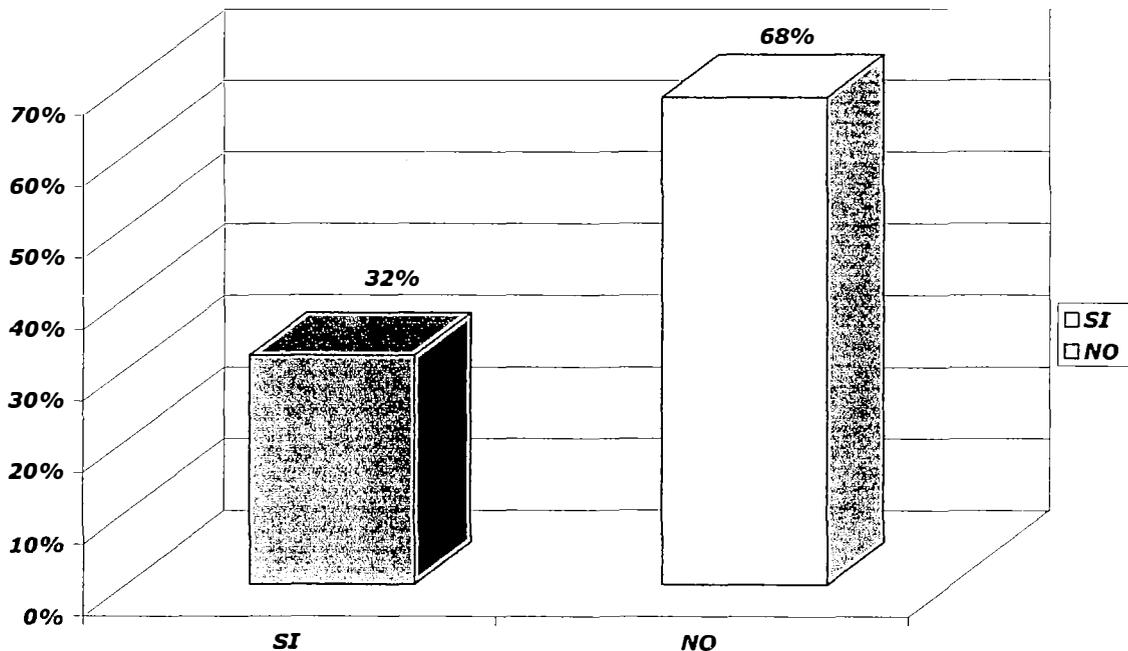
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE AGRESIVIDAD, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

AGRESIVIDAD	FRECUENCIA	%
SI	16	32%
NO	34	68%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE AGRESIVIDAD, EN NIÑOS DE 0 - 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 6

Interpretación: De las historias encuestadas el 68% de los niños quemados presentó agresividad y el 32% no presentó agresividad.

TABLA 7

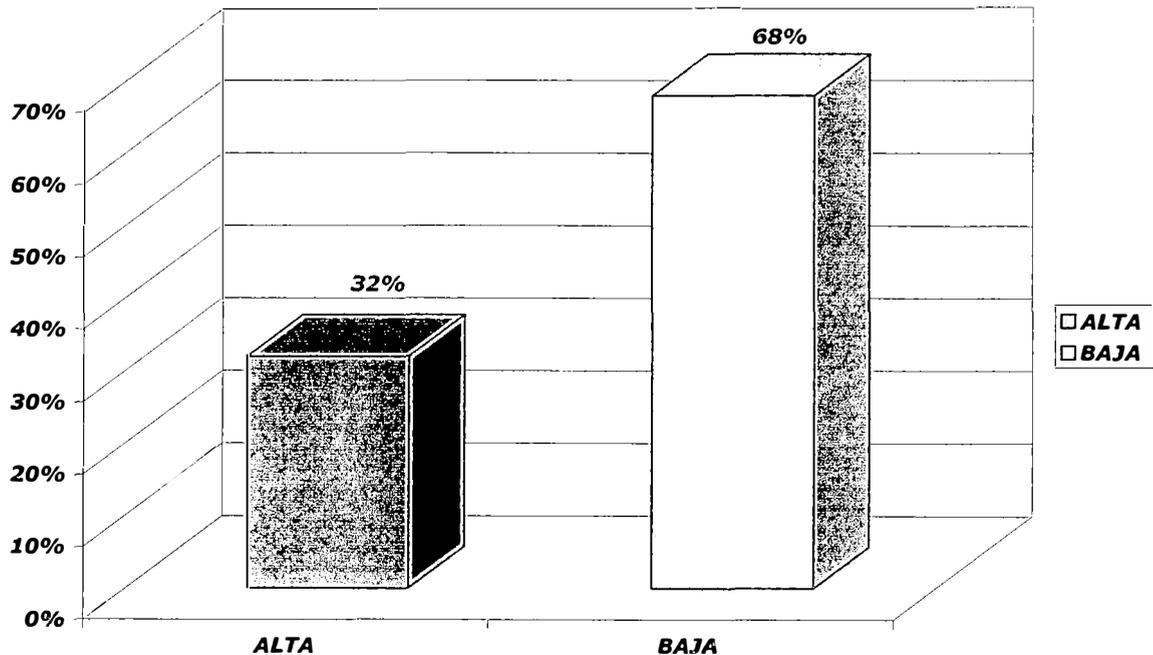
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003

AUTOESTIMA	FRECUENCIA	%
ALTA	16	32%
BAJA	34	68%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA, EN NIÑOS DE 0 -15 AÑOS, DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 7

Interpretación: El 68% de los niños con quemaduras, presentó baja autoestima y el 32% presentó alta autoestima.



TABLA 8

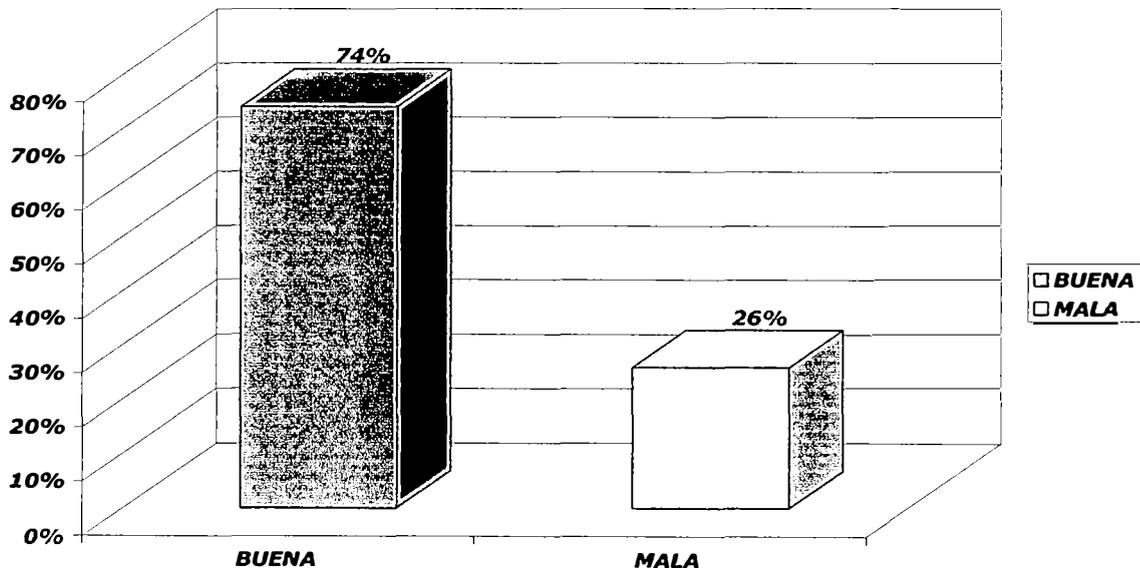
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003

ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD	FRECUENCIA	%
ADECUADA	37	74%
INADECUADA	13	26%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD, EN NIÑOS DE 0 - 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 8

Interpretación: De las historias clínicas encuestadas el 74% de los niños quemados tuvo buena adaptación a la sociedad y el 26% presentó mala adaptación a la sociedad.

TABLA 9

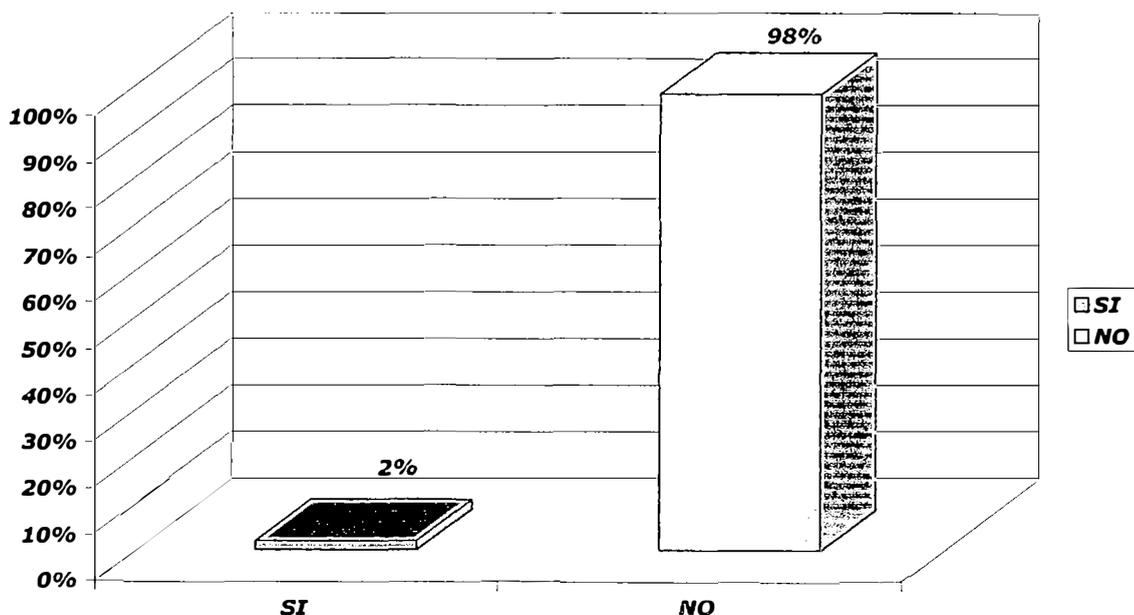
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE RECHAZO FAMILIAR, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003

RECHAZO FAMILIAR	FRECUENCIA	%
SI	1	2%
NO	49	98%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE RECHAZO FAMILIAR, EN NIÑOS DE 0 - 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 9

Interpretación: El 98% de los niños quemados según encuesta no presentó rechazo familiar y el 2% si presentó rechazo familiar.

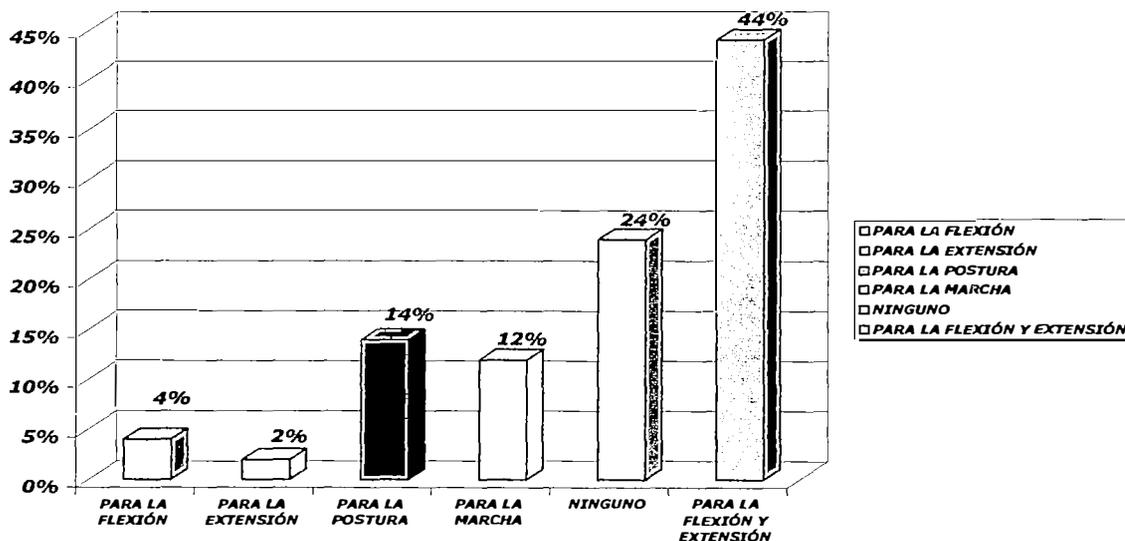
TABLA 10
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003

LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO	FRECUENCIA	%
PARA LA FLEXIÓN	2	4%
PARA LA EXTENSIÓN	1	2%
PARA LA POSTURA	7	14%
PARA LA MARCHA	6	12%
NINGUNO	12	24%
PARA LA FLEXIÓN Y EXTENSIÓN	22	44%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO, EN NIÑOS DE 0 - 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA. BARRANQUILLA, JULIO - DICIEMBRE 2.003



Fuente: Tabla 10

Interpretación: Según la encuesta aplicada a las historias clínicas de los niños con quemaduras el 44% presentó problemas para la extensión y la flexión; el 24% no presentó ninguna limitación del movimiento; el 14% tuvo problemas con la postura; el 12% presentó problemas para la marcha; el 4% presentó problemas para la flexión y el 2% tuvo problemas para la extensión.



DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que la mayor incidencia de casos de quemaduras según la edad se dá en niños de 0 – 5 años para un 60% y la menor incidencia en niños de 10 – 15 años con un 10%, de comparar este dato con otros estudios no se encontró evidencia, para el marco teórico establece que la edad de mayor incidencia para las quemaduras de acuerdo a un estudio de Blumenfleid y Schocps (1.993) fuè en pacientes entre 24 - 70 años, en un gran porcentaje, lo que no guarda relación con nuestro estudio.

El sexo masculino presentó la mayor incidencia de quemaduras en un 60% y en menor incidencia el femenino con un 40%, al comparar este resultado con la incidencia hallada en el marco teórico, se encontró relación ya que el 58,8% de los quemados en E.E.U.U. corresponder al sexo masculino y el femenino en menor proporción.

El nivel socioeconómico donde mayor incidencia de quemados es el estrato 2, con un 40% y en menor incidencia en el estrato 6 (0%), al comparar nuestro estudio con otros no encontramos evidencia pero, en el marco teórico, no se encontraron que los estratos bajos son los que presentan mayor incidencia de quemados y la menor incidencia se da en los estratos altos, encontramos similitud.

El grado de quemaduras que mayor incidencia tiene son las de segundo grado con un 90% y las de menor incidencia, las de tercer grado con un 10% y se comparó con nuestro estudio con otros; se encontró que según el marco teórico el grado de quemaduras que más se presenta en niños 5 – 12 años del Hospital de República Dominicana son los de segundo grado, encontrando similitud con el nuestro.

La depresión como efecto psicosocial, asociado a las quemaduras nuestro estudio encontró una incidencia del 72% de niños que si presentó depresión por quemaduras, y sólo un 28% no presentó ésta patología asociada a las quemaduras. Al comprar este resultado con el estudio de Blumenfleid y Schoeps (1.993), la mayor cantidad de pacientes presentó depresión por quemaduras en un 67,5% de los casos y el resto no presentó, encontrando similitud entre ambos estudios.

Nuestro estudio arroja un 32% de incidencia de presencia de agresividad de niños con quemaduras y un 68% no la presentó; al comparar con el marco teórico se encontró similitud, ya que esto dice el estudio de Blumenfleid y Schoeps unas etapas para superar la perdida del paciente quemado encontramos a la agresividad en esos etapas.

Se encontró en nuestro estudio que el nivel de mayor incidencia, es el nivel bajo autoestima en un 68%, quedando relación o similitud con el estudio de Blumenfleid y Schoeps (1.993).



El 74% de los niños quemados en nuestro estudio presentó inadecuada adaptación, al compararlo con el marco teórico no se encontró similitud, ya que éste establece que los niños quemados tienen una inadecuada adaptación, al compararlo con el marco teórico no se encontró similitud, ya que éste establece que los niños quemados tienen una inadecuada adaptación por la confianza en la autoimagen en un 70%.

Se encontró en nuestro estudio que el 98% de los niños quemados no presentó rechazo familiar al comparar éste dato se encontró similitud al encontrar en el marco teórico que establecen buen apoyo y aceptación del niño quemado por la estructura familiar.

Encontramos en nuestro estudio una alta incidencia en la limitación del movimiento para la flexión y la extensión en un 40% y una incidencia menor para la flexión, al comparar este resultado se encontró otras del estudio de Blumenfleid y Schocps cierta similitud ya que nuestra limitación para la extensión en un 40% y para la flexión un 20%.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo al sexo se encontró que la mayor incidencia de quemaduras en la población de 0 – 15 años, se presentó en el sexo masculino con un 40%, seguido del sexo femenino con un 40%.

De acuerdo al nivel socioeconómico se encontró que la mayor incidencia de niños quemados de 0 -15 años, se presentó en el Estrato II con un 40% y la menor incidencia en los Estratos III y IV con un 4% cada uno.

Las quemaduras de segundo grado fueron las de mayor incidencia en la población de 0 – 15 años, con un 90% seguido de las de III grado con un 10%.

De acuerdo a la presencia de depresión en los niños de 0 – 15 años que presentaron quemaduras, el 72% si presentó cuadros de depresión y el 28% no presentó depresión asociada a quemaduras.

Entre los efectos psicosociales asociado a las quemaduras, como la agresividad en niños de 0-15 años, se encontró que la mayoría que corresponde al 68% no presentó agresividad y el 32% si la presentó.

El nivel de autoestima como efecto psicosocial asociado a las quemaduras, el 68% presentó baja autoestima y el 32% no la presentó.

En cuanto a la adaptación a la sociedad, de los niños de 0-15 años con quemaduras el 74% tuvo una adecuada adaptación a la sociedad y el 26% tuvo inadecuada adaptación a la sociedad.

Otro efecto psicosocial asociado a las quemaduras es el rechazo familiar, encontrando que el 98% de los niños de 0 – 15 años no fué rechazado por la familia y un 2% si fué rechazado por la familia.

Entre los efectos funcionales de las quemaduras, se encuentra la limitación del movimiento, se encontró que la mayor incidencia en este sentido se presenta en los movimientos de flexión y extensión y la menor incidencia para extensión únicamente.

11. RECOMENDACIONES

- ❖ *Se deben realizar más campañas educativas en la prevención de quemaduras a través de diferentes medios de comunicación.*
- ❖ *Profundizar los temas de tratamientos especializados para innovar los proyectos de investigación.*
- ❖ *Se sugiere la continuidad de este tipo de investigaciones debido a que los estudios al respecto son escasos y las referencias que se encuentran proceden de estudios realizados en otros países.*
- ❖ *Realizar campañas masivas educativas dirigidas a los padres o cuidadores.*
- ❖ *Actualización permanente sobre los últimos avances en tratamientos y cuidados con el paciente quemado, al personal que labora en la institución.*
- ❖ *A la universidad, el uso adecuado de espacio determinado para las asesorías.*

12. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

12.1 RECURSOS HUMANOS

Un grupo de investigadores la formuló por los estudiantes de 7º semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla.

12.2 ASESOR

Enfermera Jefe Tayde Monterrosa

12.3 COLABORADORES

Personal que labora en el área de estadística del “Hospital Infantil San Francisco de Paula” de la ciudad de Barranquilla.

Psicología

Fisioterapeuta

12.4 RECURSO FÍSICOS

Institución. *Hospital Infantil San Francisco de Paula.*

Ubicación. *Cra 43 #60-29 del Barrio Boston de la ciudad de Barranquilla.*



Dependencia. Departamento estadístico.

12.5 RECURSOS MATERIALES

Papelería

Historias clínicas

Lápices, borradores, carpetas

12.6 PRESUPUESTO

<i>Transporte</i>	\$ 50.000
<i>Asesoría estadística</i>	\$ 90.000
<i>Transcripción del trabajo</i>	\$100.000
<i>Empaste</i>	\$ 14.000
<i>Fotocopias</i>	\$ 20.000
<i>Vídeo Bean</i>	\$ 18.000
<i>Disquete</i>	<u>\$ 2.000</u>
Total	\$294.000



EFFECTOS PSICOSOCIALES Y FUNCIONALES DE LAS QUEMADURAS EN PACIENTES DE 0 - 15 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA 2.003

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AÑO 2004 II SEMESTRE																AÑO 2005 I SEMESTRE																			
	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Marzo				Abril				Mayo				Junio							
I. ETAPA: PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. Recolección de la información	■	■	■	■	■	■	■	■																												
2. Revisión de Información									■	■																										
3. Procedimiento											■	■	■	■																						
4. Realización de presentación tabular y graficar														■	■																					
5. Análisis e interpretación de resultados																■																				
III. ETAPA: DIVULGACIÓN																																				
1. Realización de información científico																	■	■	■	■	■	■	■	■												
2. Entrega de Informe Científico																																				
3. Presentación de los resultados de la invest.																									■	■	■	■	■	■	■	■				

**EFFECTOS PSICOSOCIALES Y FUNCIONALES DE LAS QUEMADURAS EN PACIENTES
DE 0 - 15 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA
JULIO - DICIEMBRE 2.004**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AÑO 2004 I SEMESTRE															
	Marzo				Abril				Mayo				Junio			
I. ETAPA: EJECUCION DE TRABAJO	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Definición del tema																
2. Revisión bibliográfica																
3. Definición del título y problema																
4. Definición de Aspectos Teóricos																
5. Definición de fase metodológica																
6. Definición de Fase Administrativa																
7. Realización de estandarización																



BIBLIOGRAFÍA

BRUNNER y SUDDARTH, enfermería medico-quirúrgica. Asistencia a pacientes con lesiones por quemaduras. Cap. 55 págs. 1553 – 1592. Octava edición, Editorial Mc Graw Hill.

BRUNNER. Enfermería medico quirúrgica, pág. 903 – 915.

Harrisson. Medicina interna. Quemaduras.

Herramientas comprensivas y sencillas para encarar el manejo de las injurias térmicas.

http://www.INDEXER. “Guía básica para el tratamiento del paciente quemado”. Herramientas comprensivas y sencillas para encarar el manejo de las injurias térmicas.

http://www.INDEXER. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado.

MNETTINA, Sandra. Enfermería práctica de lippincott. Sexta edición volumen II. Cap. 31 quemadura, pág. 900 – 915.

NET/Quemados /clasificación, HTM Cap. 3, 4, 5, 14.

Protocolo de Manejo de Pacientes Quirúrgicos. ESE Hospital Infantil San Francisco de Paula.

Revista Contralinea/htm.com.

www.cordavida.com.

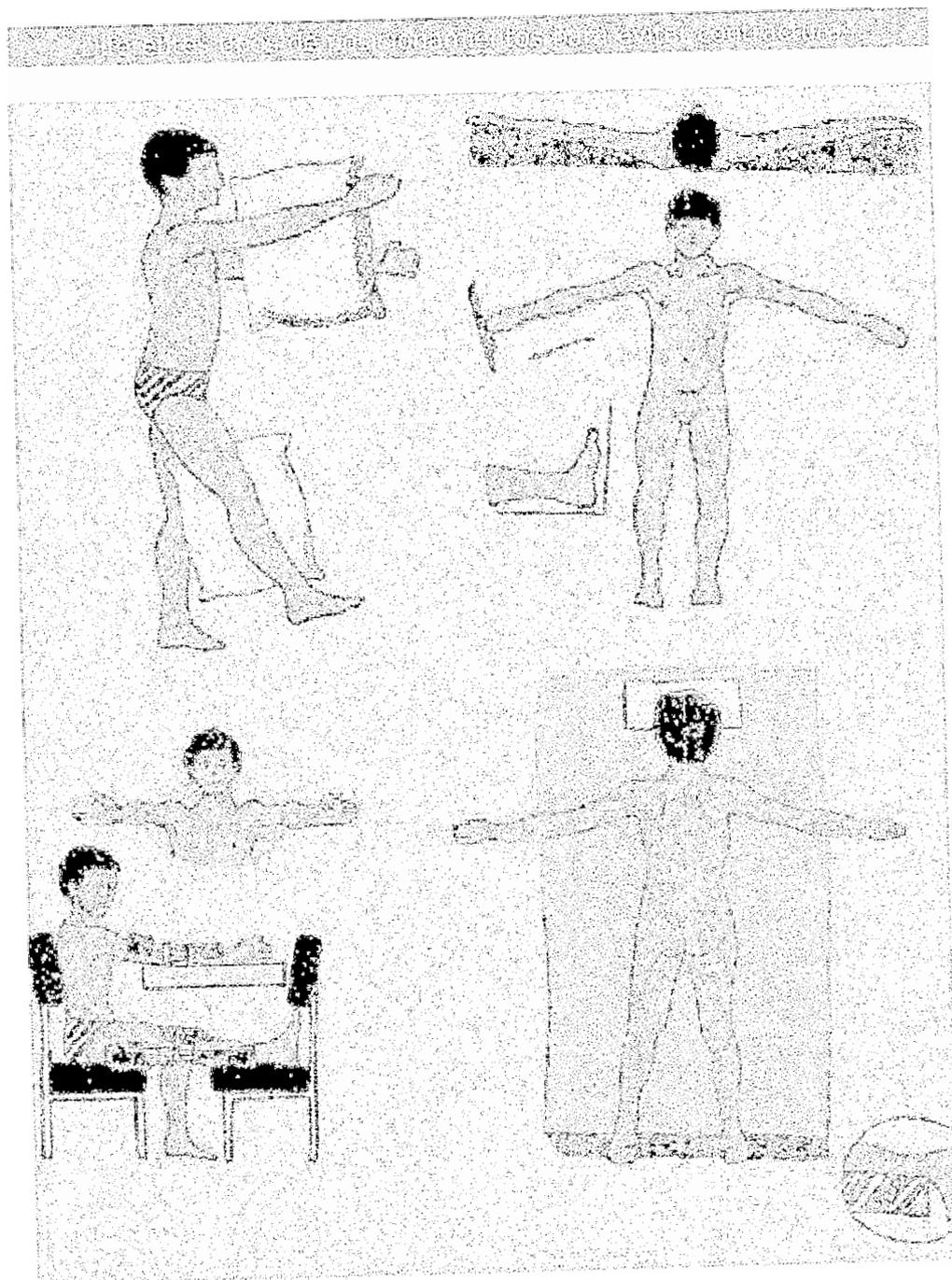
www.doyma.es/nursing.

www.EFEmedicinanews.com.

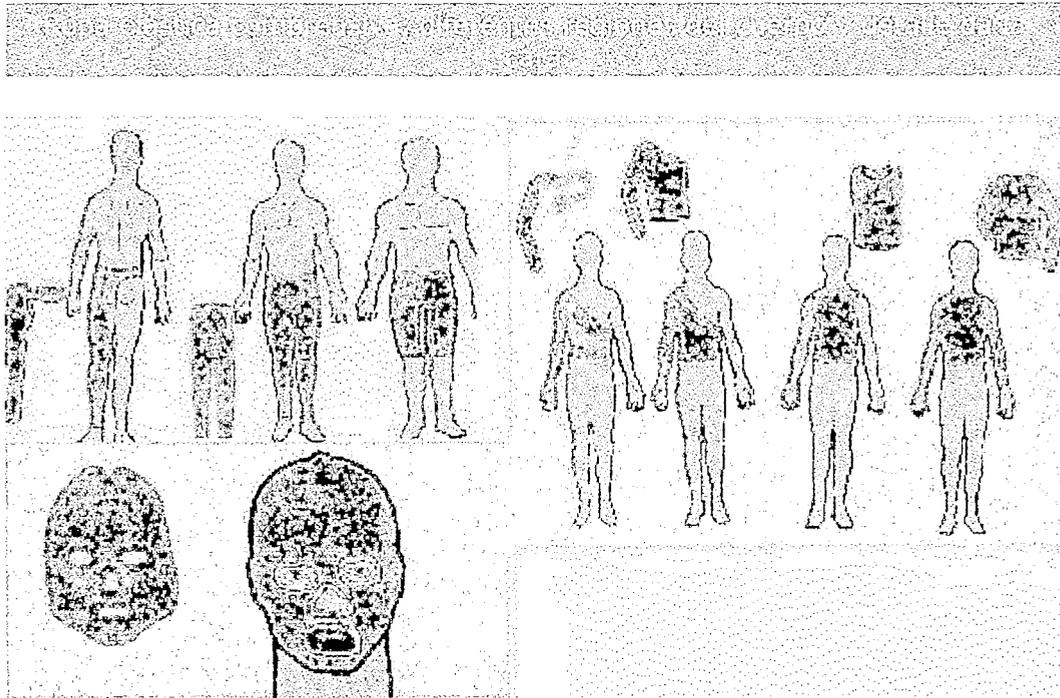
www.insp.mx/salud/40/405-7htm/.

Añexos

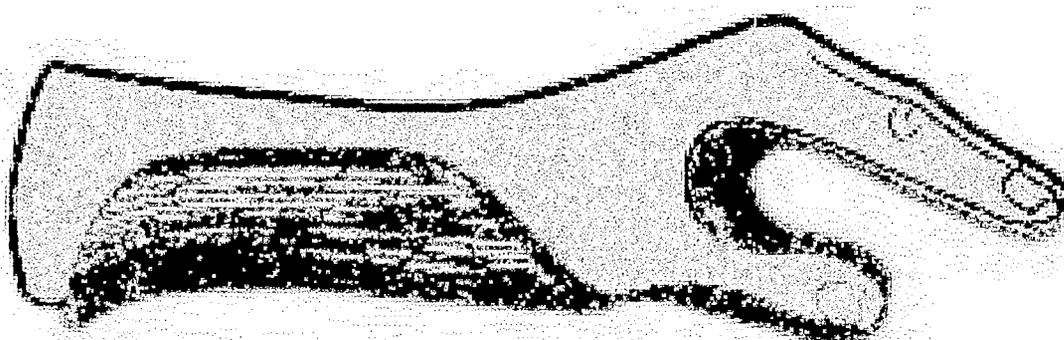
ANEXO



ANEXO 2



ANEXO 3



El manejo de fracturas concomitantes si están en áreas de herida quemada presenta problemas especiales. Las fracturas simples pueden ser tratadas con materiales de inmovilización tales como férulas, sin embargo, fracturas más complicadas requieren mayor estabilización que aquella obtenida con férulas.

ANEXO 4

Datos acerca de una lesión por quemadura

Edad	Tipo más común de lesión	Factores de riesgos
0 a 1	Líquidos hirvientes	Bajo nivel económico
1 a 5 años	Llamas	Jugar con cerilla, encendedores, fuego de las chimeneas, las barbacoas y al quemar la basura
	Escaldadura	Lesiones producidas en la cocina al volcarse encima líquidos hirvientes. Escaldaduras en la tina asociada a menudo con la falta de supervisión o abuso infantil. El mayor número de pacientes pediátricos con quemaduras son bebés o niños menores de 3 años que se quemaron con líquidos hirvientes.
5 a 10 años	Llamas	Con frecuencia, los varones corren mayor riesgo por jugar con fuego y mostrar comportamientos arriesgados.
	Escaldaduras	Las niñas corren mayor riesgo y la mayoría de las quemaduras se producen en la cocina o en el baño.
10 a 15 años	Llamas	Lesiones asociadas con las actividades en grupos de los muchachos en las cuales se utilizan gasolinas u otros productos inflamables.
	Eléctricas	Se produce más a menudo en los adolescentes varones implicados en comportamientos osados, como trepar postes eléctricos o antenas. En las zonas rurales, las quemaduras pueden producirse al mover las tuberías de irrigación que entran en contacto con una fuente eléctrica.

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
"EFECTOS PSICOSOCIALES Y FUNCIONALES DE LAS QUEMADURAS EN
NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS, DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE
PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003**

FICHA INDIVIDUAL

**Objetivo. Evaluar los efectos psicosociales y funcionales de las quemaduras.
Instrumento de evaluación de la Historia Clínica.**

Datos sociodemográficos.

Nombre: _____ **C.C. No.** _____

1. Edad:

- a) 0 – 5
- b) 5 – 10
- c) 10 – 15

2. Sexo:

- a) Masculino _____
- b) Femenino _____

3. Nivel socioeconómico:

- a) Estrato: 1 _____
- b) Estrato: 2 _____
- c) Estrato: 3 _____
- d) Estrato: 4 _____
- e) Estrato: 5 _____
- f) Estrato: 6 _____

4. Grado de Quemaduras

- a) 1^{er} grado _____
- b) 2^{do} grado _____
- c) 3^{er} grado _____

5. Autoestima

a) Alta _____

b) Baja _____

6. Depresión

a). Si _____

b). No _____

7. Agresividad

a). Si _____

b). No _____

8. Adaptación a la sociedad

a). No adecuada _____

b). Adecuada _____

9. Rechazo familiar

a). Si _____

b). No _____

10. Limitación del movimiento

a). Para la flexión _____

b). Para la extensión _____

c). Para la postura _____

d). Para la marcha _____

e). Ninguno _____

f). Flexión y Extensión

- 1- QUEMADURAS - TRATAMIENTO
- 2- QUEMADURAS - DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
- 3- QUEMADURAS - ASPECTOS PSICOLÓGICOS
- 4- TRASPLANTE DE PIEL
- 5- QUEMADURAS - CLASIFICACION
- 6- ENFERMERIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADÉMICAS

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EDAD EN LOS NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003	64
GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN SEXO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003	65
GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003	66
GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN EL GRADO EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003	67
GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003	68
GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE AGRESIVIDAD, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003	69
GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA, EN NIÑOS DE 0 – 15 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA BARRANQUILLA, JULIO – DICIEMBRE 2.003	70

