



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADEMICO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PADRES DE
FAMILIA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
QUE SE BRINDAN A LOS NIÑOS EN LA UNIDAD DE
QUEMADOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN EN EL AÑO 2015”**

PARA OPTAR EL TITULO DE:

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO DEL ENFERMERO EN

PACIENTES QUEMADOS CON MENCIÓN EN CIRUGÍA

PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTADO POR:

VARGAS CAMPOS LIDIA BIENVENIDA

ASESORA:

MG. JULIA MORAYMA SOBRINO MESIAS

CHINCHA – ICA- PERU- 2016

INDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1.1 Identificación del problema

1.1.2 Descripción del problema

1.1.3 Formulación del problema

1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

1.2.1 Delimitación Espacial

1.2.2 Delimitación Social

1.2.3 Delimitación Temporal

1.2.4 Delimitación Conceptual

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACION

1.3.1 Problema Principal

1.3.2 Problemas Específicos

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo General

1.4.2 Objetivos Específicos

1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

1.5.1 Justificación

1.5.2 Importancia

1.5.3 Limitaciones

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Problema

2.2. Bases Teóricas

2.3. Definición de Términos Básicos

2.4. Hipótesis General o Principal

2.5. Hipótesis Secundarios

2.6 Variables e Indicadores

2.7 Operacionalización de Variables

CAPÍTULO III: METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACION

4.1 Tipo y nivel de Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

4.1.2 Nivel de Investigación

4.2 Método y Diseño de la Investigación

4.2.1 Método de la Investigación

4.2.2 Diseño de la Investigación

4.3 Población y Muestra de la Investigación

4.3.1 Población

4.3.2 Muestra

4.4 Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos

4.4.1 Técnicas

4.4.2 Instrumentos

4.4.3 Fuentes

4.5 Matriz de Consistencia

CAPITULO IV: ADMINISTRACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

5.1 Recursos

5.2 Presupuesto

5.3 Cronograma de Actividades

5.4 Referencias Bibliográficas

ANEXOS

1. Matriz de Consistencia
2. Operacionalización de Variables
3. Instrumentos: encuestas-cuestionarios-entrevistas y otros

INTRODUCCION

Se ha reconocido que los cuidados son un elemento central de la práctica enfermera, pero quizás nunca ha sido más importante que hoy día. En enfermería la dedicación es fundamental para el cuidado, cuando acaba la dedicación acaba el cuidado, el cuidado se desarrolla en un proceso de superar obstáculos y dificultades y la base de la dedicación es

el valor agregado que se le reconoce al profesional de enfermería dados de ese cuidado, sobre todo cuando ese cuidado es ofrecido a niños en situación de salud comprometida como son los niños que presenta quemaduras.

Las quemaduras son lesiones potencialmente graves, que se suelen producir más frecuentemente en el contexto de los llamados accidentes domésticos. En las últimas décadas, se ha detectado una disminución de la incidencia en los países más desarrollados, probablemente por una mayor eficacia y difusión de las medidas de prevención de accidentes. A pesar de todo, continúa siendo un problema importante, responsable de un elevado número de hospitalizaciones. Además puede producir una morbilidad persistente, derivada de la aparición de cicatrices inestéticas o limitantes. Todavía no se conocen los mecanismos etiopatogénicos exactos que explican la formación de estas cicatrices; por ello, su profilaxis y tratamiento continúan siendo un reto para los profesionales que se dedican al tratamiento del paciente quemado. Uno de los aspectos más importantes en estos casos es determinar si está indicada la hospitalización del paciente para su tratamiento. Es necesario conocer lo más exactamente posible la extensión y profundidad de las lesiones, para adoptar la conducta correcta. La gravedad de las quemaduras depende de la fuente de calor y el tiempo de exposición.

Las quemaduras se encuentran entre las lesiones más graves que puede padecer el ser humano. El manejo y atención del paciente con traumatismos térmicos importantes, causa gran angustia al profesional de enfermería que lo recibe.

Las quemaduras representan uno de los accidentes más frecuentes a cualquier edad. La primera causa de muerte entre 5 y 9 años son los accidentes producidos en el hogar (caídas, quemaduras e intoxicaciones) y los accidentes de tránsito; en los actuales momentos se observa con preocupación los traumatismos térmicos, los cuales constituyen la cuarta causa de muerte en menores de 1 año, tornándose en un problema de salud pública, no sólo por el riesgo de muerte que conllevan, sino por las consecuencias orgánicas, psíquicas y sociales que producen, lo que se traduce en una carga social onerosa, siendo accidentes prevenibles mediante medidas de información y educación adecuadas.

Es importante el cuidado que ofrece el profesional de enfermería al niño que sufre quemaduras y que requieren de una atención especial debido al tipo de quemadura que presenta como pueden ser: las quemaduras de primer grado, que dañan solamente la capa externa de la piel; quemaduras de segundo grado, que dañan la capa externa y la que se encuentra por debajo de ella y las quemaduras de tercer grado, que dañan o destruyen la capa más profunda de la piel y los tejidos que se encuentran por debajo de ella.

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

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

Por ello, es importante que el profesional de enfermería establezca la gravedad del niño con quemaduras, para poder tener objetivos claros de la asistencia general al niño; así como también, conocer la fisiopatologías de las quemaduras, por lo tanto es importante

mantener la vía aérea libre, permeable y estabilizarla; también es necesario estabilizar el equilibrio hídrico; evaluar y estabilizar traumas y lesiones, y debe evaluar el dolor y la ansiedad en el niño. El trabajo de investigación se describe de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1.1 Identificación del problema

Nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños en la unidad de quemados del hospital

Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015

1.1.2 Descripción del problema

Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.¹

Según un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF, cada día mueren más de 2000 niños debido a lesiones no intencionales (accidentales), y cada año ingresan decenas de millones con lesiones que a menudo los dejan discapacitados para toda la vida. Además de las 830 000 muertes anuales, millones de niños sufren lesiones no mortales que a menudo necesitan hospitalización y rehabilitación prolongadas», ha dicho la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS.²

La mayor tasa de mortalidad por lesiones no intencionales corresponde a África, donde, según el informe, es 10 veces mayor que en los países de ingresos altos de Europa y del Pacífico Occidental, como Australia, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia o el Reino Unido, que presentan las menores tasas de lesiones en niños. No obstante, y a pesar de que muchos países de ingresos altos han conseguido reducir la mortalidad de los niños por lesiones en un 50% o más a lo largo de los últimos 30 años, las lesiones no intencionales siguen constituyendo un problema, pues representan un 40% de las muertes de niños en esos países.³

En algunos países latinoamericanos se han realizado investigaciones epidemiológicas que ofrecen una aproximación del comportamiento que las quemaduras tienen en nuestra área. Así, se conoce que las causas más frecuentes de quemaduras son en parte evitables ya que corresponden en su mayoría a accidentes domésticos, industriales o de trabajo: Uno de los agentes más frecuentes son los líquidos en

ebullición, principalmente entre la población infantil, seguida del fuego directo y la electricidad, en accidentes de trabajo.⁴

En Chile atiende anualmente más de 6.000 pacientes requieren hospitalización por quemaduras; en el año 2007 el Ministerio de Salud (MINSAL) registró 6.435 egresos hospitalarios por quemaduras y el Instituto Nacional de Estadísticas informó 569 muertes por esta causa.⁵

La tasa de mortalidad específica por quemaduras en Chile fue 4,5 por 100.000 habitantes para ese año. Los egresos hospitalarios totales por quemaduras muestran un aumento lineal significativo, sin embargo, al estratificar por grupo se observa que los egresos se han mantenido estacionarios para los pacientes entre 5 años y 59 años, por lo que el aumento real se concentra en los mayores de 60 años y en forma más importante, en el grupo de menores de 5 años. En conjunto, los menores de 5 años y los mayores de 60 explican el 80.49% de la tendencia.⁶

En México según datos del I.N.E.G.I. existen en toda la república mexicana más de 81 millones habitantes, de los cuales en promedio el 62%, ha sufrido algún tipo de Accidente; de cuya cifra son entre 50 millones de habitantes y de los cuales el 5.7% ha sufrido y ha tenido que ser atendido por causa de Quemaduras, casi 3 millones de estos. Con respecto al lugar de accidente; el hogar es el más frecuente con un 67% en promedio, seguido de la vía pública e industria. En relación con el sexo y edad, encontramos que el hombre se quema con mayor frecuencia que la mujer, siendo en la edad más productiva de su vida, con un promedio del 68% al 32% respectivamente.⁷ Según cifras oficiales, en el Perú se estima que cada año más de 15 mil niños son atendidos por quemaduras severas y leves en diferentes establecimientos del país. En ese sentido, y bajo el lema "No más niños quemados", el Ministerio de Salud (MINSAL), lanzó una campaña de prevención de quemaduras con el fin de disminuir el porcentaje de niños víctimas de estos accidentes. Y es que las cifras son preocupantes. En el 2014, el INSN SB reportó cerca de 900 pacientes nuevos por quemaduras, el 80 por ciento causado por líquidos calientes y descuido de los padres en el hogar. Estos accidentes se dan con mayor frecuencia en familias de recursos limitados, que viven en un solo ambiente donde cocinan, duermen y juegan los niños. Los más afectados son niños pequeños, de entre 1 y 4 años.

En el Perú el 60% de las personas que sufren quemaduras son niños, y de ese porcentaje el 80% corresponde a niños entre 4 y 6 años, según cifras de la asociación de ayuda al niño quemado (ANIQUEM). Aproximadamente, siete mil menores, entre niños (INSN) del ministerio de salud (MINSAL), por haber sufrido algún tipo de quemaduras, reveló el Dr. Andy Wiegering, jefe del servicio de cirugía plástica y

quemados del INSN al precisar que el 90% de las víctimas son menores de 5 años. De estos. Algunos desarrollaron complicaciones tales como disminución del funcionalismo renal secundario e infecciones de lesiones.⁷

Un 60% de las quemaduras que se producen en niños se originan por efecto de líquidos calientes en el domicilio de los menores y por negligencia en la mayoría de casos por los propios padres, según sostuvo el doctor Manuel Paredes Maraví, Médico de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, quien alertó que dichos accidentes pueden generar secuelas irreversibles. En el 2013, el Servicio de Cirugía Plástica -única unidad especializada de EsSalud en pacientes quemados del país, atendió 5,140 pacientes, de los cuales el 80% tenían diagnóstico de quemaduras. Se comprobó también que los niños eran los más expuestos a riesgos por negligencia de los padres.⁸

Por lo general, los pacientes que ingresan a dicha unidad presentan quemaduras de segundo y tercer grado con compromiso de la piel, en gran medida por accidentes caseros.

Esta situación constituye un problema, porque además de aumentar su estancia hospitalaria con el consiguiente incremento de gastos de atención de salud para lograr su recuperación, prolonga también el sufrimiento del niño y de su familia y existe mayor probabilidad de desarrollar secuelas que pueden alterar aún más el equilibrio psicológico tanto del niño como de su grupo familiar.

El 80% de los accidentes con quemaduras suceden en el hogar ante la falta de supervisión, la mayoría de estos accidentes se pueden prevenir, pero frecuentemente el desenlace es catastrófico; principalmente en los países de bajos y medianos ingresos debido a la falta de información y descuido por parte de los padres o tutores.

Las medidas preventivas impulsadas por la OMS han demostrado tener éxito en la reducción de quemaduras por accidentes, sin embargo la organización hace un llamado a través de redes mundiales y nacionales para intensificar los programas preventivos a fin de reducir los accidentes que ocasionan quemaduras.

1.1.3 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños en la unidad de quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015?

1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

1.2.1 Delimitación Espacial

Esta investigación está comprendida en la Región Lima, Provincia de Lima, Distrito de la Victoria, con los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de ICA.

1.2.2 Delimitación Social

Se indica los roles sociales involucrados en el trabajo de investigación. Este trabajo se elaborara en el servicio de la Unidad de Quemados del Hospital Guillermo Almenara.

1.2.3 Delimitación Temporal

Esta investigación es de actualidad, por cuanto el tema de nivel de conocimiento es vigente.

1.2.4 Delimitación Conceptual

Esta investigación abarca un aspecto fundamental como es el nivel de conocimiento de los padres sobre los procedimientos de enfermería..

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACION

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños en la unidad de quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015?

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿cuál es la situación actual de morbimortalidad de niños con quemaduras?
- ¿cuáles son y en qué consisten los procedimientos de enfermería aplicados a los niños con quemaduras?
- ¿cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre quemaduras?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños en la unidad de quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de conocimiento de los padres sobre los procedimientos de enfermería
2. Identificar los factores de riesgo del niño con quemaduras
3. Diseñar un programa educativo dirigido a los padres de los niños con quemaduras.
4. Identificar las necesidades del niño y la familia

1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

1.5.1 Justificación

Puesto que las quemaduras constituyen un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas para su grupo vulnerables, se considera relevante realizar un estudio de campo donde los padres son el principal soporte psicológico del niño y desempeñan una labor muy importante en su cuidado, por ello deben tener una base de conocimientos sólidos y actitudes positivas a fin de responder a las necesidades propias del niño, es aquí donde el profesional de enfermería contribuye directa y eficazmente en el cuidado del niño quemado, considerando la importancia de su rol educativo es necesario identificar las necesidades del niño y la familia a través de la información del nivel de conocimiento de los padres de familia, creando las condiciones necesarias para una educación en el servicio teniendo en cuenta las características socio culturales, que favorecen la participación activa de los padres en el cuidado del niño y proporcione una comunicación permanente entre el profesional de enfermería y los padres de familia, y así lograr su recuperación disminuyendo la morbimortalidad y mejorando la calidad de vida del niño quemado.

1.5.2 Importancia

Este trabajo es de importancia ya que busca que los padres de familia conozcan los procedimientos que se realizaran con sus niños hospitalizados, y así favorecer la recuperación de su salud.

Al mismo tiempo sensibilizar al profesional de salud para que en todo momento explique a los familiares las actividades y procedimientos a realizarse durante su hospitalización.

1.5.3 Limitaciones

- Adultos que presenten quemaduras
- Familiares indirectos del niño con quemadura
- El tiempo que demora el trámite de la documentación en diversos aspectos como lo es los jueces de expertos, el lugar donde se aplicará el estudio entre otros.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A continuación, se presenta estudios realizados a nivel nacional e internacional que se encuentran relacionados con el presente estudio. Así se tiene:

Horna Magallanes T., Casa Revollo A. (2014) Guayaquil. ***“Conocimientos del Proceso de Atención de Enfermería aplicados en niños menores de 10 años que se atienden en la unidad de quemados del hospital pediátrico Francisco de Icaza Bustamante”***. Este estudio tiene como objetivo de identificar los conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre el proceso de atención en niños quemados menores de 10 años, el presente estudio es descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 10 licenciadas de enfermería en la unidad de quemados los resultados evidencian que el mayor porcentaje se obtuvo en la valoración céfalo-caudal (80%) y un menor porcentaje en la realización de patrones funcionales (20%).¹²

Leonardo Sánchez D. (2012) Lima. ***“Influencia de la educación sanitaria en el nivel de conocimiento de las madres de preescolares sobre prevención de quemaduras en el hogar”*** tiene como objetivo determinar la influencia de la educación sanitaria en el nivel de conocimiento de las madres de niños preescolares, sobre prevención de quemaduras en el hogar, El Agustino 2012. El estudio es cuantitativo, pre – experimental de tipo pre y post – test de corte transversal, el área de estudio será el Comité del Vaso de leche, ubicado en la Urb. Las Praderas – El Agustino, en una población de 132 madres, quedando la muestra constituida por 80 madres inscritas en dicho comité para lo cual se empleó el muestreo estratificado, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario que consta de 26 preguntas de conocimiento y prevención de quemaduras en el hogar, siendo antecedido por el consentimiento informado por parte de los sujetos de estudio, dicha aplicación fue aprobada por el Comité de Investigación y Epidemiología de la DISA V – Lima – Este. Los resultados fueron que las madres de niños preescolares en el pre test han alcanzado un nivel de conocimiento general medio 51%, bajo 26% y alto 23%; respecto a conceptos generales nivel bajo 80%, nivel medio en prevención por fuego 53%, líquidos calientes 70%, electricidad 61% y por productos químicos 69%. Luego de la aplicación de la educación sanitaria se

procedió con la evaluación del post test, donde se observa la variación del nivel de conocimiento de las madres de niños preescolares a nivel alto en 100%, de la misma forma para las dimensiones antes mencionadas. ¹³

Melgarejo Solís G. (2006) Lima **“Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación del niño hospitalizado en el servicio de quemados del instituto especializado de salud del niño”** este estudio tuvo como objetivo de determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el servicio de quemados del IESN, el presente estudio es de descriptivo correlacional de corte transversal, la población en estudio estuvo conformada por 20 padres de familia de los niños hospitalizados en el servicio de quemados, se evidencio que el 20%(4) tiene un nivel de conocimiento bajo, 45%(9) tiene un nivel de conocimiento medio y 35%(7) tiene un nivel de conocimiento alto. se concluye que el nivel de conocimiento que tiene los padres de familia respecto a su participación del niño hospitalizado en el servicio de quemados en su mayoría es medio con tendencia alta ya que 45%(9) tiene un nivel de conocimiento medio y 35% (7) tienen un nivel de conocimiento alto.¹⁴

Ángeles Espinoza, Giovana; Delgado Quezada, Zaida Nadia, Riveros Tomasto, Sabrina Lily, en el año 2005 en Perú sobre **“Conocimientos y su relación con las actitudes de los padres de niños con Síndrome de Down”** el cual tuvo como objetivo principal determinar el Nivel de Conocimiento y actitudes de los padres de niños con síndrome de Down el centro educativo especial Laura Alva Saldaña, durante los meses de Febrero – Marzo del 2014. Se utilizó método descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida con 34 padres, para la recolección de datos se realizó un cuestionario estructurado y un test de actitud; y se llegó a las siguientes conclusiones: El 58.8 por ciento de los padres tiene un nivel de conocimientos medio cerca del Síndrome de Down y el 47 por ciento tiene una actitud indiferente, además de que se encontró una relación estadísticamente significativa al encontrarse que un 100 por ciento de padres presentan un nivel de conocimiento bajo correspondiendo a un nivel de actitud negativa y un 83,3 por ciento de padres con un nivel de conocimiento alto que corresponde a un nivel de actitud positiva; lo que demuestra que el nivel de conocimientos influye sobre la actitud de los padres hacia su hijo con síndrome de Down.¹⁵

Almanza Sierra, Edith; Aquino Flores, Zoila; Valverde Zevallos, Jacqueline, en el año 2002 en Perú sobre **“Nivel de conocimientos y actitudes de los padres sobre el autismo de sus niños. INSM Honorio Delgado- Hideyo Nogushi, Setiembre-Diciembre 2001”**, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres de niños autistas en el hogar, siendo la metodología de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, la población estuvo conformado por 32 niños(as) con diagnóstico de autismo infantil, se utilizó como instrumentos un cuestionario y un test de actitud de Likert, y se llegó a las siguientes conclusiones: Los padres presentan un nivel de conocimiento suficiente sobre el autismo y que el grado de instrucción no influye en él, mientras que la actitud adoptada es negativa influyendo el grado de instrucción significativamente, asimismo existió una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes de los padres de niños autistas.¹⁶

En un artículo científico que se realizó en Brasil (2010) sobre Diagnósticos de enfermería en pacientes internados por quemaduras por Barrichello , E.*; Silva, M.C.V.**; Barbosa, M.H.*; Iwamoto H.H nos dice que: La sistematización de la asistencia de enfermería (SAE) implica el desempeño de la práctica por los profesionales de enfermería de forma sistemática mediante una actividad deliberada, lógica y racional; el poseer un amplio conocimiento es esencial para valorar el estado de salud del paciente, emitir juicios, diagnósticos, efectuar planificación y valoración de las acciones de enfermería de forma apropiada. Se considera que la SAE incluye cinco pasos interrelacionados: recogida de datos, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y valoración.¹⁷

Al respecto, Iyer, P; Taptich, B. y Bernocchi, D. (1997), afirman que: El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. El cuidado del niño quemado amerita la instrumentación del proceso de enfermería, pues a través de la utilización de este método de trabajo se podrán aplicar una serie de conocimientos que permitan lograr un cuidado individualizado ayudándole su recuperación en el menor tiempo posible, lo que a su vez evitará a aparición de complicaciones.¹⁸

Wong, D. (1.998), señala que: El cuidado del niño quemado abarca una amplia variedad de aspectos, incluyendo conocimientos y habilidades, en la aplicación de cada una de las etapas del proceso de enfermería, iniciando con la valoración, y siguiendo

secuencialmente con la elaboración de diagnósticos de enfermería, la planificación, la ejecución y la evaluación.¹⁹

Jaramillo Fernández, Carmen y Ching Mendoza Juan en el año 1996 en Perú sobre **“Actitudes de las madres frente al hijo menor de 15 años con secuela de quemadura relacionado con su ubicación en el ISN”** el cual tuvo como objetivo identificar las actitudes de las madres en sus dimensiones psicológicas y social frente al hijo menor de 15 años con secuela de quemaduras considerando la intensidad y la dirección. El método empleado fue el descriptivo de corte transversal correlacional, la población estuvo conformada por las madres de los niños quemados menores de 15 años que salieron de alta del servicio de quemados entre Enero de 1994 y Julio del mismo año siendo un número total de 73 madres. Los instrumentos que se utilizaron fueron un formulario y una escala actitudinal tipo Likert se llegó a las siguientes conclusiones entre otras:

Las actitudes de las madres frente al hijo menor de 15 años con secuela de quemaduras en la dimensión psicológicas son de: indiferencia 60.3%, aceptación 16.4%, rechazo 23.3%, la dirección es negativa 54.8% y positiva 45.2%. En la dimensión social son de: indiferencia 57.5%, aceptación 17.8%, rechazo 24.7%, la dirección es negativa 58.9% y positiva 41.1%.²⁰

2.2. BASES TEÓRICAS

QUEMADURAS

Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel consistentes en pérdidas de sustancia de la superficie corporal producidas por distintos agentes (calor, frío, productos químicos, electricidad o radiaciones como la solar, luz ultravioleta o infrarroja, etc.), que ocasionan un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un aumento de la permeabilidad vascular. El grado de la lesión (profundidad de la quemadura) es el resultado de la intensidad del efecto del agente y la duración de la exposición y puede variar desde una lesión relativamente menor y superficial hasta pérdida extensa y severa de piel.

Las quemaduras térmicas más comunes en adultos son aquellas ocasionadas por fuego (40-45%), mientras que en los niños las lesiones con mayor frecuencia son escaldaduras con líquidos calientes. Las quemaduras, sobre todo si son graves, a menudo se pueden acompañar de afección de otros aparatos, bien por alteración directa o bien a consecuencia de la deshidratación. A menudo los síntomas respiratorios que

acompañan a las quemaduras térmicas se deben a la inhalación de productos resultantes de una combustión incompleta, los cuales son potentes irritantes químicos de la mucosa respiratoria; e incluso si la inhalación es de gases calientes se altera el nivel de conciencia.

Aunque su pronóstico depende de la extensión y la profundidad de la lesión, hay ciertas zonas (manos, pies, cara y perineo) que por sí solas producen importantes incapacidades.

La evolución del paciente quemado depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, el tipo de paciente (edad y patologías previas) y la calidad de tratamiento que se preste en la etapa aguda.

FACTORES DE RIESGO

En el entorno habitual, doméstico, profesional o natural, podemos observar múltiples factores de riesgo. Entre los domésticos, por citar algunos, encontramos los calefactores de agua caliente regulados demasiado alto, el descuido con cigarrillos encendidos, el fuego para cocinar, radiadores o estufas, enchufes en mal estado, cableado eléctrico inadecuado o defectuoso... Los factores de riesgo más frecuentes en el ámbito laboral suelen ser por exposición a sustancias químicas, electricidad o radiación; y los naturales abarcan principalmente al sol y a los rayos.

Valoración de una quemadura

El pronóstico de una quemadura está en función de tres variables:

- Superficie afectada
- profundidad, y
- Edad y antecedentes patológicos del quemado

1. SUPERFICIE AFECTADA

La extensión de una quemadura incide fundamentalmente en el estado general del quemado. Para el cálculo de la extensión, un método simple que puede utilizarse es la "regla de los nueve de Wallace", mediante la cual se considera que las distintas regiones anatómicas corporales representan un 9% cada una o un múltiplo de 9 % de la superficie corporal total.

Al evaluar pacientes quemados debe recordarse que en circunstancias ordinarias, las quemaduras menos extensas e incluso menores (15 a 20%) pueden ser serias o incluso fatales en un buen porcentaje de casos, especialmente en pacientes mayores

de 65 años de edad y en niños menores de 2 años. Una vez calculada la superficie quemada, la estimación cuidadosa del área no quemada eliminará errores frecuentes de cálculo.

También podemos obtener un cálculo de la superficie corporal quemada usando un programa informático llamado "Sage IIC". (PROGRAMADOR DE ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA). Este programa nos ofrece una serie de ventajas importantes:

- Calcula, dependiendo de la edad y la superficie corporal quemada, la cantidad de líquidos necesarios para la reanimación con fluidoterapia i.v., según fórmula de Parkland, tanto adulto como pediátrica.
- Permite calcular disponibilidad de autoinjertos y sitios donadores, calcular necesidades de aloinjertos, xenoinjertos y piel artificial, al igual que escribir notas sobre cualquier parte del diagrama.

2. PROFUNDIDAD

La profundidad de la injuria cutánea se clasifica como primero, segundo o tercer grados. La evaluación clínica de la profundidad de las quemaduras en ocasiones puede ser difícil, pero existen algunas guías para evaluar el grado de quemadura.

- Quemadura de primer grado. Únicamente afecta a la epidermis. Consiste en un eritema doloroso probablemente subsecuente al edema de la zona. No se forman ampollas. Pocos días después aparece la descamación y es posible que deje zonas hiperpigmentadas. Cura espontáneamente al cabo de 3-4 días, sin cicatriz.
- Quemadura de segundo grado. Afectan siempre y parcialmente a la dermis. Pueden ser superficiales o profundas de acuerdo con la profundidad del compromiso dérmico.
A) Las superficiales: afectan a epidermis y cara superior de la dermis, con formación de ampollas y exudación de suero. La superficie quemada es uniformemente rosada, se blanquea con la presión, es dolorosa y extremadamente sensible a los pinchazos. El daño superficial cura espontáneamente en tres semanas a partir de elementos epidérmicos locales, folículos pilosos y glándulas sebáceas con muy poca, sí alguna cicatriz. B) Las profundas: afectan a los dos tercios más profundos de la dermis. La superficie quemada tiene un aspecto pálido, se palpa indurada o pastosa y no se blanquea con la presión; algunas áreas pueden estar insensibles o anestesiadas al pinchazo. Se forma una escara firme y gruesa y la cicatrización es lenta. Puede demorar más de 35 días en curar completamente. Estas quemaduras curan con cicatrización severa y pueden asociarse con pérdida permanente de pelo y glándulas sebáceas.

- Quemaduras de tercer grado. Implican destrucción completa de todo el espesor de la piel, incluyendo todos sus apéndices o anejos cutáneos, y afectando a la sensibilidad. Aparece una escara seca, blanquecina o negra que puede tener un techo como el del cuero seco o ser exudativo. El signo patognomónico es la trombosis venosa visible a través de la piel. Dejan siempre cicatriz en la zona y a veces requieren injertos cutáneos. Al estimar la profundidad de las quemaduras, debe recordarse que la lesión puede evolucionar durante las primeras 24-48 horas y que durante este periodo la presencia de edema hace extremadamente difícil tener la absoluta certeza sobre la profundidad real de la injuria; en estos casos, es útil la exploración al dolor por pinchazo (prueba del pinchazo). Además, la isquemia y la infección pueden transformar una quemadura superficial en una lesión más profunda de todo el espesor. Las cicatrices que dejan son irregulares con partes atróficas y otras hipertróficas o queloides. Pueden ser origen de contracturas en las articulaciones y, muy ocasionalmente, ser la base de un carcinoma epidermoide muchos años tras su aparición.

3. EDAD Y ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL QUEMADO

Tienen peor pronóstico las lesiones que ocurren en pacientes de edad avanzada, con enfermedades cardiovasculares o durante el embarazo o el puerperio.

FISIOPATOLOGIA DE LAS QUEMADURAS

Tras la agresión térmica, se produce una respuesta del organismo proporcional a la agresión sufrida. Al efecto lesión directa de los tejidos destruidos directamente por la elevación de la temperatura, acompañan una serie de fenómenos inflamatorios y de modificaciones de la permeabilidad capilar que afectan no solamente al tejido quemado o cercano a la quemadura sino también producen una respuesta sistémica que afecta a todo el organismo.

Uno de los fenómenos iniciales más destacados es el trastorno de la permeabilidad capilar producida por el efecto directo de mediadores endógenos (histamina, leucotrienos, tromboxanos, etc.) sobre las estructuras endovasculares de las zonas quemadas e incluso de los capilares distantes de la zona de quemadura. En la patogénesis de esta alteración de la permeabilidad capilar se implica la activación masiva de la cascada del complemento a través de la vía alternativa. La estimulación de la producción de xantinoxidasa motivada, entre otros mecanismos, por la activación de la cascada del complemento, favorece la producción de radicales libres de oxígeno, peróxidos de hidrógeno, radicales hidroxilo y productos de la peroxidación lipídica.

Podemos considerar fase inicial de las quemaduras al periodo de las primeras 48 horas tras la misma. En ese periodo la lesión térmica induce una alteración de la dinámica capilar que se caracteriza fundamentalmente por el incremento en el trasvase de fluidos y proteínas desde el compartimento vascular al intersticial. Este cambio es temporal, y puede representarse mediante una función matemática que describe las alteraciones del coeficiente de permeabilidad capilar para las proteínas en la zona quemada. Así, el coeficiente de permeabilidad para las proteínas en la zona quemada incrementa enormemente su valor inmediatamente tras la lesión, permaneciendo elevado durante horas y regresando lentamente hacia la normalidad, la cual solo se logra transcurridas 70 horas. Durante este periodo, la membrana capilar deja de comportarse como una barrera semi-permeable, permitiendo el trasvase masivo de proteínas desde el compartimento plasmático al intersticial de la zona quemada. Mediante algoritmos apropiados se ha demostrado que este trasvase de proteínas es proporcional a la superficie dañada y por tanto a la extensión y profundidad de la herida.

Ese trasvase de proteínas se acompaña simultáneamente de una disminución de las proteínas plasmáticas. El incremento de la concentración de las proteínas intersticiales en la zona quemada produce simultáneamente un aumento de la presión oncótica intersticial que puede llegar a igualarse a la presión coloidosmótica del plasma. Este incremento de la presión coloidosmótica en la zona quemada, junto a la disminución de la presión coloidosmótica plasmática, produce el trasvase de líquido desde el plasma al intersticio de la zona quemada, variable que aumenta de forma proporcional a la superficie capilar dañada, produciéndose un aumento considerable del agua intersticial y el desarrollo clínico de edema.

En la zona no quemada, también existe trasvase de fluido desde el compartimento plasmático al intersticial, fundamentalmente relacionado con cambios hemodinámicos (aumento de la presión arterial a consecuencia del estímulo nociceptivo, disminución de la presión coloidosmótica del plasma, etc.). El aumento del líquido trasvasado desde el plasma al intersticio es responsable de la disminución del volumen plasmático eficaz, y en consecuencia de la hipovolemia que acompaña a la fase aguda de las quemaduras graves.

La destrucción de la barrera epidérmica favorece también la pérdida de fluidos desde el compartimento intersticial de la zona quemada hacia el exterior proporcional a la extensión de la lesión.

Diversos autores han cuantificado estas pérdidas destacando las estimaciones de Davies. Basadas en estudios experimentales propios, la estimación de las pérdidas por

evaporación e insensibles en el paciente quemado puede realizarse mediante la siguiente fórmula: $QEV = 0.35 \times SC \times SCQ/100$, donde QEV representa las pérdidas por evaporación e insensibles en un día en mililitros, 0.35 es un valor constante, SC la superficie corporal total en centímetros cuadrados, obtenible a partir del peso y de la altura en un nomograma y SCQ es el porcentaje de superficie corporal quemada.²¹

CLASIFICACION DE LAS QUEMADURAS

PRIMER GRADO

Las quemaduras de primer grado se limitan a la capa superficial de la piel epidermis, se les puede llamar eritema o epidérmicas. Este tipo de quemadura generalmente las causa una larga exposición al sol o exposición instantánea a otra forma de calor (plancha, líquidos calientes).

SIGNOS CLÍNICOS:

- Ampollas intradérmicas (microscópicas).
- Enrojecimiento de la piel, piel seca.
- Descamación y destrucción de las capas superficiales o sólo enrojecimiento.
- Dolor intenso tipo ardor. Inflamación moderada. Gran sensibilidad en el lugar de la lesión.
- tarda unos días a lo mucho un mes, ya que solamente es superficial.

SEGUNDO GRADO

Las quemaduras de segundo grado se dividen en:

- Superficiales: Este tipo de quemadura implica la primera capa y parte de la segunda capa. No se presenta daño en las capas más profundas, ni en las glándulas de sudor o las glándulas productoras de grasa. Hay dolor, presencia de flictenas o ampollas.
- Profunda: Este tipo de quemadura implica daños en la capa media y en las glándulas de sudor o las glándulas productoras de grasa. Puede haber pérdida de piel, carbonización.

TERCER GRADO

Una quemadura de tercer grado penetra por todo el espesor de la piel; incluyendo terminaciones nerviosas, vasos sanguíneos, linfáticos, etc. Se destruyen los folículos pilosebáceos y las glándulas sudoríparas, se compromete la capacidad de regeneración. Este tipo de quemadura no duele al contacto, debido a que las terminaciones nerviosas fueron destruidas por la fuente térmica.

SIGNOS CLÍNICOS:

- Pérdida de capas de piel.
- A menudo la lesión es indolora, porque los nervios quedan inutilizados (puede que el dolor sea producido por áreas de quemaduras de primer grado y segundo grado que a menudo rodean las quemaduras de tercer grado).
- La piel se ve seca y con apariencia de cuero.
- La piel puede aparecer chamuscada o con manchas blancas, cafés o negras.
- Ruptura de piel con grasa expuesta.
- Edema.
- Superficie seca.
- Necrosis.
- Sobre infección.

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

La prioridad en la atención del paciente quemado es la misma que en todo caso de trauma. A: vía Aérea permeable;

VO: Ventilación y Oxigenación;

C: Circulación.

La gravedad de la quemadura está determinada por la intensidad de la temperatura y por la duración de la exposición al agente causante. Tanto el espesor como la extensión de la quemadura definen el pronóstico del paciente.

Los mediadores inflamatorios son responsables tanto de la perpetuación y progresión de las alteraciones locales en la herida de la quemadura como de los aspectos deletéreos sistémicos, entre ellos el hipermetabolismo y el catabolismo exagerado.

El aumento generalizado de la permeabilidad capilar que se observa en las quemaduras, por la acción de agentes vasoactivos, resulta en grandes pérdidas del volumen circulatorio. El secuestro masivo de líquido en los tejidos produce una gran reducción del volumen circulatorio, con vasoconstricción e isquemia en ciertas regiones, especialmente en la circulación esplácnica.

La pérdida diaria de proteína por la herida llega a ser muy considerable y la migración transcapilar de proteínas induce enormes pérdidas proteicas en el líquido de edema, en las flictenas y en la secreción de la herida. Aunque el sangrado externo por quemaduras generalmente es modesto, hay pérdida considerable de glóbulos rojos por destrucción térmica directa, por trombosis y coagulación y por diapedesis a través de capilares de permeabilidad aumentada. Pero como la pérdida de plasma es proporcionalmente mayor, lo usual es que el paciente exhiba un hematocrito elevado.

Cuando el hematocrito desciende en forma significativa, es muy probable que se deba a hemorragia por lesiones asociadas. Tal situación se presenta en politraumatismos con ruptura del bazo, fracturas y lesiones graves de los tejidos blandos.

Se debe establecer con precisión la causa de la hemorragia y administrar transfusiones para restaurar la volemia y prevenir el colapso circulatorio en preparación para operación de emergencia, lo cual tiene prioridad sobre el tratamiento de la quemadura, que bien puede esperar.

A las pérdidas de líquidos en el edema se añade la pérdida de agua por evaporación. Mientras un individuo normal evapora diariamente alrededor de 10 ml por kilogramo de peso, el quemado evapora entre 40 y 150 ml por kilogramo en cada 24 horas.

La quemadura produce profundas alteraciones en los mecanismos sistémicos de defensa del huésped, con disminución tanto de la inmunidad celular como del sistema inmunitario humoral, anergia a antígenos cutáneos de hipersensibilidad retardada y disminución de las inmunoglobulinas, especialmente de la gammaglobulina. La sepsis constituye la complicación más seria y la primera causa de morbilidad y mortalidad.

La presencia local de microorganismos puede ser simplemente colonización superficial de los tejidos quemados, o verdadera sepsis de la herida o sepsis de la quemadura. Esta se define como la presencia de más de 100.000 bacterias, o sea 10^5 , por gramo de tejido.

Los microorganismos invasores, que constituyen una verdadera infección mixta, son poco afectados por antibióticos administrados por vía sistémica, debido al carácter

vascular e isquémico de la herida. La infección por virus resulta en las flictenas y lesiones dolorosas típicas del herpes simple.

En los pacientes con quemaduras graves el soporte nutricional de escogencia es el método enteral, mediante suplementos orales o por medio de un tubo delgado nasogástrico o nasoyeyunal. El mantenimiento de un adecuado estado nutricional representa el factor de mayor importancia en cuanto a la supervivencia del paciente quemado, una vez sobrepasada la etapa de reanimación (Patiño, 1988).²²

El tratamiento farmacológico ha de ir encaminado principalmente hacia dos cuestiones importantes: la profilaxis de la infección, y el bienestar del paciente. El intentar prevenir una complicación producida por agentes patógenos no debe ser premisa para administrar antibióticos orales o sistémicos de entrada. Si hay sospecha de infección se realizarán cultivos y se pondrá el antibiótico específico para cada tipo de germen. Predominan los estafilococos, estreptococos y los gram negativos. Lo que se hace hoy en día es administrar penicilina, como profilaxis, a los pacientes con quemaduras al menos de 2º grado (en pacientes alérgicos a la penicilina se puede administrar eritromicina).

EVALUACION GENERAL DEL PACIENTE Y REANIMACIÓN

A) VÍA AÉREA

Una vía respiratoria permeable es indispensable para el manejo del paciente quemado, en quien se debe excluir lesión o edema de la faringe y laringe. La presencia de secreciones abundantes requiere aspiración. Si no hay obstrucción evidente de la vía aérea no debe practicarse traqueostomía, por lo menos de inmediato. La traqueostomía contribuye a exacerbar la infección y se asocia con complicaciones serias. Pero tampoco debe ser evitada si la condición del paciente claramente la exige. En algunos casos puede ser necesaria la cricotiroidotomía como medida de urgencia.

La traqueostomía y la cricotiroidotomía muy raramente son necesarias en los pacientes quemados.

B) RESPIRACIÓN Y OXIGENACIÓN

La hipoxemia puede deberse a trauma torácico o a contusión pulmonar asociada. Si se requiere ventilación mecánica, ésta puede ser iniciada y mantenida por muchos días por medio de la intubación, sin necesidad de traqueostomía. Las quemaduras que cubren

la circunferencia del tórax pueden hacer necesaria la desbridación inmediata para liberar la caja torácica de escaras y permitir su adecuada expansión.

La inhalación de humo y de gases tóxicos resulta en traqueobronquitis química que generalmente se manifiesta por abundantes secreciones y, a veces, expectoración de mucosa necrótica. Es en estos casos que puede ser necesaria la cricotiroidotomía. El estado de la función respiratoria debe ser valorado cuidadosamente mediante observación clínica permanente y la determinación periódica y frecuente de gases sanguíneos.

La confusión y desorientación mental presentes en muchos pacientes quemados con frecuencia se deben a hipoxia cerebral, la cual se corrige con la aspiración de secreciones y la administración de oxígeno humidificado. En los casos de quemaduras graves está indicada la intubación precoz para ventilación mecánica.

C) ESTADO DE LA CIRCULACIÓN

El estado de la circulación general debe ser determinado con claridad y precisión. El shock se define hoy en términos de hipoperfusión de los órganos principales y no simplemente como disminución del valor de la presión arterial.

El estado mental del paciente es un índice muy confiable de perfusión y de oxigenación del cerebro. La diuresis, en medición exacta cada hora, es un indicador práctico y altamente confiable del gasto cardíaco y de la perfusión de los órganos principales.

En el adulto una producción urinaria de 50-100 ml por hora (1 ml por kilogramo de peso por hora) es indicativa de volemia adecuada y de gasto cardíaco efectivo para la perfusión del riñón y de otros órganos. La monitoría horaria de la diuresis, en términos tanto de volumen como de gravedad específica, constituye un valioso parámetro para el manejo del paciente en proceso de reanimación. Para el logro de este parámetro, se coloca una sonda de Foley desde el ingreso del paciente, y el personal de enfermería debe registrar con meticuloso cuidado los volúmenes de la orina eliminada y de los líquidos perdidos y administrados.

La profundidad de la quemadura puede ser difícil de establecer en un principio. La naturaleza del agente térmico que causó la lesión suministra la primera indicación. En los adultos las quemaduras por agua o líquido caliente generalmente son de segundo grado, pero en los niños pueden ser de tercer grado.

La quemadura de segundo grado típicamente aparece roja y húmeda. Las llamas producen quemaduras de tercer grado, especialmente si la quemadura ocurre en un

recinto cerrado o con la persona en estado de inconsciencia. Las quemaduras de tercer grado aparecen secas y presentan anestesia a la exploración con una aguja; las de segundo grado presentan hipoestesia, mientras que las de primer grado presentan hiperestesia.

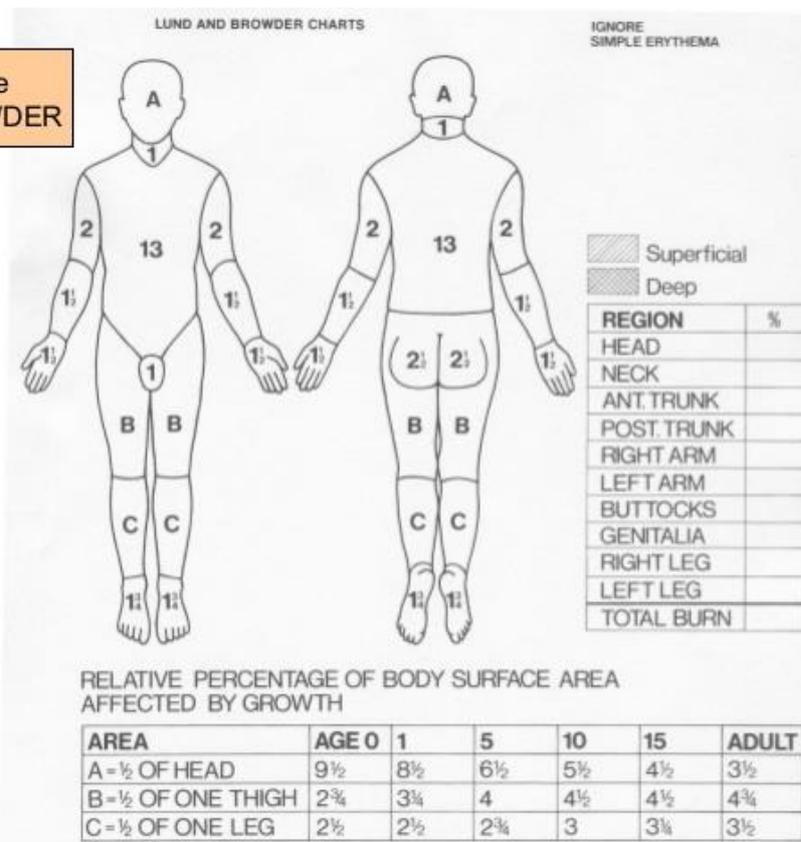
La flictena que no está rodeada de tejido carbonizado generalmente indica segundo grado.

El tejido blanco y transparente, a través del cual se pueden ver venas trombosadas, es indicativo de tercer grado. Las quemaduras que afectan fascia, tendones y hueso son, obviamente, de tercer grado.

Las lesiones térmicas son cuantificables y los trastornos fisiopatológicos se relacionan a la extensión de la injuria. La palma cerrada de la mano del paciente, tanto adulto como niño, corresponde al 1% de su superficie corporal y puede ser instrumento rápido de estimación del porcentaje de superficie corporal quemada en la escena del accidente o en quemaduras pequeñas. Para quemaduras extensas, tradicionalmente se utiliza el cómputo de la superficie quemada que deriva de la “Regla de los Nueves”. La superficie corporal quemada se calcula en áreas de 9% cada una, la cual incluye: la cabeza y el cuello, el tórax, abdomen, espalda superior, espalda inferior, glúteos, cada muslo, cada pierna y cada extremidad superior. El periné completa el 1% restante de la superficie corporal total.

Aunque útil en adultos, la “Regla de los Nueve” sobrestima la extensión en niños. En éstos, la cabeza y el cuello representan mayor proporción de la superficie total y en infantes y recién nacidos más de un 21%. Para mayor precisión y reproducción, la extensión de la superficie corporal quemada debe ser determinada en niños y hasta los 15 años de edad, utilizando la tabla de Lund y Browder.

Regla de LUND-BOWDER



La extensión de la quemadura puede ser estimada según los cuadros y esquemas correspondientes para cada grupo de edad, como lo señalan Meyer & Salber (1994):

La determinación exacta del área quemada es de la mayor importancia, por cuanto es con base en ella que se calcula el volumen de líquidos para la reanimación del paciente. Para mayor seguridad, una vez determinada el área de la quemadura, un segundo observador debe determinar, siguiendo el mismo método, el área de piel no quemada.

D) REANIMACIÓN (O RESUCITACIÓN)

El más grande avance en el tratamiento de las quemaduras severas está representado por la comprensión de los fenómenos de hipovolemia secundarios a la pérdida masiva de líquidos por edema, evaporación y drenaje. La clave para la reanimación exitosa del paciente quemado la constituyen el agua y el ion sodio.

Tan importante como la administración de un volumen adecuado para reemplazar las pérdidas, es la rapidez del goteo con que tal volumen sea administrado.

Son múltiples los métodos de reanimación que se utilizan en las primeras 48 horas. Hoy se prefiere la Fórmula de Baxter (Hospital Parkland de Dallas, Texas), que contempla solamente la administración de cristaloides en las primeras 24 horas:

- Lactato de Ringer: 3-4 ml/kg/% de área quemada
- $\frac{1}{2}$ en las primeras 8 horas
- $\frac{1}{4}$ cada una de las siguientes 8 horas

El *Brooke Army General Hospital* ha adoptado lo que se conoce como *Fórmula Brooke N°2*:

- Lactato de Ringer: 2 ml/kg/% de área quemada
- $\frac{1}{2}$ en las primeras 8 horas
- $\frac{1}{4}$ cada una de las siguientes 8 horas

Ambas fórmulas prescriben sólo cristaloides en las primeras 24 horas y, a diferencia de la fórmula Brooke N°1, no se administra coloide en las primeras 24 horas, cuando la permeabilidad anormal de la pared capilar hace que éste escape hacia el tejido intersticial.

En las segundas 24 horas se puede administrar coloide a razón de 0.3-0.5 ml/kg/%.

La norma para definir el volumen de agua que debe administrarse en el caso de niños es la siguiente:

0 a 2 años	120 ml/kg
2 a 5 años	100 ml/kg
5 a 8 años	80 ml/kg
8 a 12 años	50 ml/kg

E) ANTIBIÓTICOS

La profilaxis antibiótica por vía sistémica ha probado ser de poco beneficio. Los antibióticos de amplio espectro tienden a erradicar la flora saprofita y a favorecer el desarrollo de patógenos, bacterias oportunistas gram-negativas y *S. aureus*, así como otros microorganismos no bacterianos, de alta virulencia y resistencia.

Se utilizan antibióticos profilácticos sólo durante períodos cortos y bajo indicaciones precisas; tal es el caso cuando el paciente deba ser sometido a una intervención quirúrgica.

F) SUCCIÓN GÁSTRICA - ANTIÁCIDOS

En las quemaduras severas, de >20% de la superficie cutánea, se presenta íleo paralítico con dilatación gástrica, que puede resultar en regurgitación y aspiración bronquial.

La administración de oxígeno por mascarilla o por cánula nasal generalmente da lugar a aerofagia y distensión del estómago. La succión nasogástrica está indicada en las primeras 24-48 horas, y siempre que el paciente vaya a ser transportado por vía aérea (dilatación gástrica).

La prevención de úlceras y de gastritis erosiva consiste en la administración sistémica de bloqueadores H₂ y/o la administración por el tubo nasogástrico de antiácidos para mantener el pH intraluminal en valores no menores de 3.5 y ojalá superiores a 6.0.

El régimen actual de nutrición enteral temprana ha contribuido en forma notable a disminuir la incidencia de tan temible complicación.

G) CATÉTER URINARIO

En todo caso de quemadura >20% se coloca un catéter de Foley con el fin de obtener una muestra para uroanálisis y de establecer la monitoría continua de la diuresis horaria. Algunas quemaduras severas de la región genital y perineal pueden requerir cistostomía suprapúbica.²³

En la quemadura básicamente, existen dos modalidades de manejo de la herida:

1. El **método cerrado u oclusivo**, cuyo objeto es la protección y aislamiento de la herida, la absorción de secreciones, la inmovilización y el control del dolor. Numerosos materiales se encuentran hoy disponibles para el vendaje de las quemaduras, entre ellos los hidrocoloides, poliuretanos, hidrogeles y el alginato de calcio. Las vendas oclusivas de gasa se aplican sobre un antibiótico tópico, el cual es muy efectivo en cuanto a la prevención de la infección. El más usado en nuestro medio es la *sulfadiazina de plata*, cuyo bajo costo y alta potencia bactericida la hacen un material preferido.
2. El **método abierto** o de **exposición** se basa en el principio de permitir la formación de una costra o coágulo que se convierta en la barrera protectora de

la herida. Es particularmente útil en las quemaduras de la cara y del periné, y en general ahorra tiempo de enfermería. El agente tópico (sulfadiazina de plata o similar) es aplicado tres veces al día sobre la quemadura. El paciente es acostado sobre sábanas estériles y cubierto con una tienda o techo de sábanas extendidas entre las barandas de la cama. Hay gran tendencia a la hipotermia, por lo cual este método requiere control de la temperatura ambiente mediante calefacción artificial.

Cualquiera que sea el método, la quemadura debe ser cubierta con un antibiótico o un agente antibacteriano de aplicación tópica, destinado a prevenir o controlar la infección de la herida. Debe tenerse en cuenta que todos los antibióticos de uso tópico retardan el proceso de cicatrización. Por ello algunos de los nuevos agentes, algunos impregnados de colágeno y de factores de crecimiento tisular, han merecido justificado interés.²⁴

CIRUGIA Y CUBRIMIENTO DE LA HERIDA

La persistencia de una herida no cicatrizada determina la evolución final del paciente. En efecto, es la herida abierta la que perpetúa alteraciones metabólicas, compromete los mecanismos inmunitarios, induce depleción proteica y desnutrición y abre las puertas para la sepsis que desemboca en la falla orgánica múltiple, común denominador de las muertes en los pacientes con quemaduras severas. Por ello, los pacientes con quemaduras deben ser tratados por medio de una pronta resección de los tejidos necróticos, seguida del cierre inmediato de la herida. Son evidentes los beneficios de la resección de los tejidos quemados con cierre inmediato de la herida: se eliminan los riesgos de sepsis y otros de carácter metabólico, se controla el dolor y se logra una más rápida recuperación funcional. Sin embargo, no es del todo claro el costo/beneficio, en términos de sobrevida y otras ventajas, de la terapia quirúrgica agresiva según los diferentes protocolos que han sido propuestos. Pero sea cualquiera el método quirúrgico que se emplee, es esencial que el cierre de la herida se realice como parte de un programa bien coordinado y de carácter interdisciplinario de cuidado especializado.²⁵

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones más frecuentes que pueden ser evitadas gracias a brindar el cuidado de enfermería están:

- Infecciones: la piel permite la proliferación de gérmenes además de facilitar su penetración.
- Shock cardiaco: la pérdida de líquido, hace disminuir el gasto cardiaco.
- Desnutrición: la pérdida de albumina puede llevar a una desnutrición severa
- Anuria: frecuente debido a la hipovolemia
- Digestiva: úlceras gástricas y duodenales
- Neuropatías: retraso del crecimiento
- Híper e hipoglicemia
- Fracaso renal agudo
- Deshidratación en la primera fase
- Respiratorias: insuficiencia respiratoria aguda, como consecuencia de la inhalación de humos o por quemadura de vías aéreas.²⁶

COMPLICACIONES ORGÁNICAS.

Las quemaduras mayores usualmente se acompañan de complicaciones que pueden afectar cualquier órgano del cuerpo humano. El trastorno circulatorio en fase de reanimación y en fase de sepsis es una catástrofe que influencia toda la fisiología del paciente. De alguna forma y con variaciones en su presentación, se ven envueltos en las complicaciones los sistemas neuroendocrinos, metabólicos, inmunológicos y de coagulación; responsables de estas complicaciones, entre 14 otros, son aquellos mediadores farmacológicos de respuesta inflamatoria liberados a la circulación, algunos de estos son útiles para la homeostasis circulatoria, defensas del huésped y cicatrización de la herida, sin embargo, en algún punto de la evolución de la quemadura pueden contribuir al desarrollo de fallo multiorgánico.

El desarrollo y gravedad de las complicaciones, están en proporción directa a la magnitud de la quemadura. Existe riesgo de complicaciones hasta no estar definitivamente cerrada la herida.²⁷

En las complicaciones cardíacas la hipovolemia por choque posterior a una quemadura es la responsable de la reducción del gasto cardíaco presente en la fase temprana de la injuria. La reanimación con fluidos adecuados y oportunos, mejora la disfunción cardíaca, sin embargo, la reposición de volumen no es suficiente para retornar el gasto cardíaco a los niveles de normalidad en las primeras horas del choque posterior a la quemadura. En los pacientes con más de 70% de SCQ, ocasionalmente se presenta insuficiencia ventricular izquierda en ausencia de edema pulmonar, este evento, usualmente es fatal. Puede ocurrir insuficiencia cardíaca congestiva en el curso de la reanimación en las primeras 24 horas, pero ocurre con mayor frecuencia varios días después durante la etapa de redistribución de líquido desde el espacio intersticial hacia el espacio intravascular, este fenómeno ocurre después de 3 a 7 días de la quemadura.²⁸

En pacientes con enfermedades cardíacas isquémicas preexistentes, este fenómeno precipita el edema pulmonar, la disfunción miocárdica observada en la fase temprana del choque posterior a la quemadura o en la fase tardía del choque séptico, se debe a la presencia en circulación de un factor de depresión del miocardio, este factor es una glicoproteína tóxica producida por el páncreas durante el proceso de isquemia que este sufre debido a la hipovolemia que acompaña al choque posterior a la quemadura.

La piel quemada también produce otras glicoproteínas tóxicas que reducen la contractibilidad miocárdica. Las arritmias en forma de contracción atrial prematura, ventricular prematura, taquicardias supra ventriculares y las arritmias ventriculares, son raras en las primeras horas, excepto en quemaduras eléctricas, si se presentan tempranamente durante la evolución pueden estar asociadas a hipokalemia.

De igual forma en las complicaciones hepáticas las hepatopatías agudas en quemaduras no están plenamente entendidas. Los niveles elevados de transaminasas, fosfatasa alcalina, hiperbilirrubinemia, hipoalbuminemia y el tiempo de tromboplastina son indicadores de disfunción hepática. El 50% de los pacientes pueden presentar algún trastorno hepático en el curso de su lesión, incluso tan temprano como en las primeras 24 horas.

El fallo multiorgánico (FMO) es un síndrome en el cual una lesión severa para la economía lesiona diferentes órganos tales como pulmones, hígado, intestino y riñón, el fallo hemático y cardiovascular son usualmente manifestación tardía. Este síndrome es una de las principales causas de mortalidad en pacientes quemados, se desarrolla en

el 28 al 48% de los pacientes severamente quemados y su mortalidad es mayor de 90% en la mayoría de las unidades de quemados.

El fallo renal puede presentarse primero en pacientes con enfermedad renal intrínseca o en aquellos sometidos a periodos prolongados de choque hipovolémico, fallo hepático en pacientes con cirrosis o fallo cardíaco por enfermedad miocárdica de base (2, 3,7).

Las infecciones sépticas pueden provenir no solo de la herida, sino de otros órganos, como reflejo del compromiso inmunológico post-quemadura. Con la reducción de sepsis secundaria a la infección de la herida, otros órganos han surgido como fuente principal de infección y estos, hoy en día, constituyen la causa principal de muerte del paciente quemado.

En el paciente quemado, al igual que pacientes en estado crítico y en el escenario de una unidad de cuidados intensivos, la bronconeumonía suele ser por *Estafilococos aureus* y bacterias Gram negativas oportunistas. La sepsis, el choque severo y los estados prolongados de estímulos que promueven liberación de catecolaminas, llevan a la insuficiencia suprarrenal hemorrágica masiva y a necrosis de la glándula.²⁹

COMPLICACIONES FUNCIONALES

El tratamiento de las secuelas de las quemaduras debe responder a dos imperativos terapéuticos, uno funcional y otro estético. La cirugía reparadora de estas lesiones puede plantearse en el momento en que las cicatrices se consideren maduras y estables en el tiempo. El uso de un tratamiento farmacológico durante este periodo permitirá disminuir el cortejo de síntomas que suele asociarse a las secuelas de las quemaduras. En los casos en que las secuelas de las quemaduras son responsables de una afectación funcional o de una alteración del crecimiento en el niño, podría iniciarse la cirugía de manera precoz. Las zonas más afectadas por secuelas son: cuero cabelludo, cara (parpados, labios orejas, nariz), cuello, axila, todas las articulaciones (codos, muñecas, dedos), mamas. Las quemaduras del cuero cabelludo dejan como secuelas alopecias extensas más o menos grandes en un tejido espontáneamente inextensible.

En cuanto a las quemaduras faciales constituyen un grupo dentro de las quemaduras consideradas como en zonas especiales. La pérdida de la integridad anatómica lleva a una disrupción de las unidades estéticas de la cara; el daño tisular, el edema llevan a una deformidad duradera y permanente, cicatrices deformantes, perdida de la funcionalidad y secuelas psicológicas.

Las quemaduras en el cuello dejan graves secuelas funcionales en forma de retracción cervical. La afectación del cuello es casi siempre parcial (región anterior y lateral) y la reparación quirúrgica de las secuelas sigue siendo difícil. Esta debe aportar una superficie de piel, más o menos grande, según las lesiones observadas, pero de calidad similar a la piel cervical original.

La reparación de las secuelas de quemaduras del tórax en las niñas o las mujeres adultas representa un verdadero desafío para el cirujano plástico. La importancia del pecho en el esquema corporal de la mujer explica la frecuente demanda de reparación de las secuelas que se producen en esta región. En la niña, el problema radica en permitir el desarrollo armónico de la mama liberando las retracciones cicatrizales que derivan de las quemaduras.

Las quemaduras de las extremidades, sin tener en cuenta su etiología, no suelen afectar las articulaciones. No obstante, las secuelas cutáneas alteran muchas veces la función articular.

La retracción y la falta de elasticidad de la placa cicatrizal, ya esté en la zona articular o no, provoca una limitación de los movimientos. Las secuelas de las quemaduras de la mano pueden implicar desde una simple discromía a la amputación de varios dedos. El dorso de la mano está más expuesto a las quemaduras graves y, por tanto se afecta con mayor frecuencia.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

El paciente quemado extenso con frecuencia presenta complicaciones que incrementan la mortalidad. Desde el siglo pasado se ha intentado implementar un factor pronóstico en estos pacientes. Wiedenfeld, en 1902, correlacionó la extensión de superficie corporal quemada con la edad como un factor pronóstico de mortalidad. En 1982, Tobieanse, presentó el Índice Abreviado de Quemaduras Severas (ABSI) basándose en un modelo logístico multivariado.

El paciente quemado extenso fallece por infección, autoconsumo y falla orgánica múltiple. Se consideran quemaduras extensas aquellas que afectan más del 30% de la superficie corporal. El índice de mortalidad reportada en este tipo de lesiones va del 29% al 60%; mientras más extensa es la lesión, es menor la posibilidad de sobrevivencia. Jeffrey, en 1995, describió un aumento en la sobrevivencia del quemado atribuible a los importantes avances tecnológicos en el manejo del paciente quemado extenso, sin embargo las tasas de mortalidad siguen siendo elevadas hoy en día.³⁰

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Existen factores que aumentan las complicaciones y la mortalidad del paciente quemado, como la edad, el sexo, la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, alteraciones cardiológicas, inhalación de humo caliente, profundidad de la lesión, causa, localización y extensión de la quemadura.

2.3. Definición de Términos Básicos

1. CAUMATOLOGIA:

Caumatología y caumatólogo son, pues, dos términos correctamente formados para denominar los conceptos «rama de la medicina que se ocupa del estudio de las quemaduras, de su tratamiento y el de sus secuelas».

2. CURA OCLUSIVA:

La cura oclusiva consistía en cubrir la zona afectada, tras la aplicación de la pomada, con un apósito plástico. Al impedirse así la normal transpiración de la piel y aumentarse el calor en esa zona, con la consiguiente dilatación, se producía una mayor absorción del medicamento aplicado.

3. TISULAR:

De los tejidos del organismo o relacionado con ellos.

4. PERMEABILIDAD:

Es la capacidad que tiene un material de permitirle a un flujo que lo atravesase sin alterar su estructura interna.

5. ENDOGENO:

Que se forma o engendra en el interior de algo, como la célula que se forma en el interior de otra.

6. ENDOVASCULAR:

Que está situado o se realiza desde el interior de una estructura vascular.

7. PATOGENESIS:

Describe el origen y evolución de una enfermedad con todos los factores que están involucrados en ella.

8. XANTINODASA

La enzima xantinodasa reduce el nitrato en nitrito que detiene el desarrollo de las bacterias butíricas.

9. PRESION ONCOTICA:

La presión oncótica o coloidosmótica es una forma de presión osmótica debida a las proteínas plasmáticas que aparece entre el compartimento vascular e intersticial, presión que suele tender a meter agua en el sistema circulatorio.

10. DELETEREOS

Procede de un vocablo griego que puede traducirse como “destructor”.

11. CIRCULACION ESPLACNICA

Designa el sistema vascular responsable de la irrigación del sistema digestivo. Esta vasculatura específica suministra sangre al hígado, al bazo y al páncreas.

12. DIAPEDESIS

Es el paso de elementos formes de la sangre (por ejemplo, leucocitos) a través de fenestraciones (ventanas) en los capilares para dirigirse al foco de infección sin que se produzca lesión capilar.³¹

2.4. HIPÓTESIS GENERAL O PRINCIPAL

A mayor nivel de conocimiento de los padres de familia sobre los procedimientos que realiza el personal de enfermería mayor colaboración en la recuperación de su salud.

2.5. HIPÓTESIS SECUNDARIOS

- La explicación de los procedimientos de enfermería los padres de familia disminuirá la ansiedad de los padres de familia.

2.6 VARIABLES E INDICADORES

- Tema a desarrollar participativo
- Material complementario
- Oportuno
- Seguro
- Continuo
- Humano

2.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños en la unidad de quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015</p>	<p>Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel consistentes en pérdidas de sustancia de la superficie corporal producidas por distintos agentes (calor, frío, productos químicos, electricidad o radiaciones como la solar, luz ultravioleta o infrarroja, etc.), que ocasionan un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un aumento de la permeabilidad vascular.</p> <p>Es por ello que en los niños se debe evitar los factores de riesgo que puedan ocasionarles</p>	<p>Es el proceso de socialización que utilizan las enfermeras para promover la educación y aprendizaje sobre los procedimientos de enfermería que se le brindan a los niños quemados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido educativo • Metodología a utilizar • Uso de material educativo • Cuidado holístico 	<ul style="list-style-type: none"> • Tema a desarrollar participativo • Material complementario • Oportuno • Seguro • Continuo • humano

	<p>una quemadura, los padres de los niños hospitalizados deben sentirse comprometidos con la recuperación de sus niños a fin de la pronta recuperación de su niño.</p> <p>La educación es una formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen, es por ello que durante el proceso de hospitalización la información que se le dé a los padres de familia ayudara a que ellos también colaboren con su tratamiento.</p>			
--	--	--	--	--

CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio es descriptivo correlacional, de acuerdo con Pineda, E., Alvarado, E. y Canales, F. (2007), quienes expresan que los estudios descriptivos “están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudian en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (incidencia o prevalencia), y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno”.

3.1.2 Nivel de Investigación

Es Nivel descriptivo

3.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 Método de la investigación

La estadística descriptiva permite organizar y clasificar los indicadores cuantitativos obtenidos en la medición, revelándose a través de ellos las propiedades, relaciones y tendencias del fenómeno, que en muchas ocasiones no se perciben de manera inmediata. Las formas más frecuentes de organizar la información es, mediante tablas de distribución de frecuencias, gráficos, y las medidas de tendencia central como: la mediana, la media, la moda y otros.

3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Con relación al diseño, esta investigación es de campo, pues los datos se recolectan en ambiente natural, lo que se corresponde con lo señalado por Arias, F. (2006), quien afirma que un diseño de campo “consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna”

Se sustenta según el autor Hernández Sampieri “El enfoque es cuantitativa porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencia de un grupo o población”.

El estudio es de corte transversal porque “Recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Es decir, en los estudios de tipo transversal la unidad de análisis es observada en un momento único.”

El estudio es prospectivo porque se recolectan datos de sucesos que se han analizado en un determinado tiempo y lugar.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

3.3.1 Población

En esta investigación se trabajara con una población de 7 enfermeras que laboran en la unidad de quemados del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

3.3.2 Muestra

Se trabajara con una muestra de 5 enfermeras que laboran en la unidad de quemados.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.4.1 Técnicas

La técnica utilizada será la entrevista, se elaborara y aplicara como instrumento el cuestionario estructurado con veinticinco (25) preguntas de conocimiento, con 3 alternativas de respuesta, aplicadas a las enfermeras que trabajan en la unidad de quemados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Para medir las variables en estudio se asignó un valor a las respuestas de las enfermeras, el cual servirá como parámetro de evaluación, en el cual se asigna un puntaje correspondiente a cada una de las respuestas.

3.4.2 Instrumentos

Cuestionario con 25 preguntas

3.4.3 Fuentes

Se trabajara con el Protocolo de la Unidad de Quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen

3.5 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROBLEMA	PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVO GENERAL OBJETIVOS ESPECIFICOS	DEFINICIÓN C. VARIABLES	HIPOTESIS	INDICADORES	MARCO TEORICO	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
<p>Nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños en la unidad de quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015</p>	<p>¿Cuál es el Nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños en la unidad de quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento de los padres sobre los procedimientos de enfermería. 	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE Nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre los procedimientos de enfermería que se brindan a los niños en la unidad de quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE Lograr la participación activa de los padres de familia en los procedimientos</p>	<p>A mayor nivel de conocimiento de los padres de familia sobre los procedimientos que realiza el personal de enfermería a mayor colaboración en la recuperación de su salud.</p>	<p>Conocimientos básicos sobre los procedimientos de enfermería a los niños con quemaduras. Aplicación de los conocimientos compartidos.</p>	<p>ANTECEDENTE NACIONAL Melgarejo Solís G. (2006) Lima “Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación del niño hospitalizado en el servicio de quemados del instituto especializado de salud del niño”.</p>	<p>tipo descriptivo correlacional</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores de riesgo del niño con quemaduras. • Diseñar un programa educativo dirigido a los padres de los niños con quemaduras. • Identificar las necesidades del niño y la familia 	<p>de enfermería de los niños en la unidad de quemados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen</p> <p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <p>Padres de familia que conocen los procedimientos de enfermería que se realizarán a sus niños.</p>			<p>ANTECEDENTE INTERNACIONAL</p> <p>Horna Magallanes T., Casa Revollo A. (2014) Guayaquil.</p> <p>“Conocimientos del Proceso de Atención de Enfermería aplicados en niños menores de 10 años que se atienden en la unidad de quemados del hospital</p>	
--	--	--	---	--	--	---	--

						pediátrico Francisco de Icaza Bustamante”.	
--	--	--	--	--	--	---	--

CAPITULO IV: ADMINISTRACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

4.1 RECURSOS(HUMANOS Y MATERIALES)

Recurso humano:

- Padres de familia de niños hospitalizados en la Unidad de Quemados
- Autoridades
- Digitador

Materiales:

- Papel bond
- Folder Manila
- Lapiceros
- Lápices
- Borrador
- Liqui Paper
- Gigantografia sobre quemaduras

4.2 PRESUPUESTO

ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSO HUMANO				
Autoridades	Horas	32	50	1600
Padres de familia en la aplicación del proyecto				
MATERIAL	horas	200	0.05	10
Papel bond				
Folder manila	unidad	10	0.5	5
USB	unidad	1	30	30
Lápices	unidad	5	1	5
lapicero	unidad	40	1.5	60
borrador	unidad	1	1	1
Liqui Paper	unidad	1	6	6
Gigantografía	unidad	1	15	15
trípticos	ciento	1	50	50
búsqueda de internet	horas	40	1	40
copias	hojas	100	0.05	5
impresiones	hojas	200	0.3	60
costo total				287

4.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PLAN DE INVESTIGACION	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAY.	JUNIO	JULIO	AGOS.	SEP	OCT.	NOV.	DIC.
Socializar con los padres de familia de niños quemados al ingreso de la unidad	X											
Solicitar el permiso de las autoridades correspondientes para la encuesta		X										
Aplicación de un cuestionario sobre el conocimiento que tiene los padres de familia acerca de los procedimientos de enfermería que se les realiza a sus niños			X									
Planificación del anteproyecto				X								

Entrega de trípticos a los padres de familia					X							
Presentación del proyecto para su ejecución						X						
Elaboración del material educativo sobre baño del paciente y curación de heridas							X					
Ejecución del programa educativo con términos claros y sencillos								X				
Consensuar con el personal de enfermería las actividades en las que se puede integrar a los padres.									X			
Aplicación de un cuestionario post información del programa										X		

educativo mensualmente												
Presentación del proyecto para su corrección												X
Culminación del proyecto												X

4.4 Referencias Bibliográficas

1. Página web <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
2. Página web <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es/>
3. Página web http://www.unicef.org/panama/spanish/media_13871.htm
4. Artículo científico de la página web http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_02_05/articulos/a19_v11_0205.html
5. Página web http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200006
6. Manual de Normas y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento de las Quemaduras – Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
7. Página Web <http://www.prevemseguros.mx/boletin2/10.html>
8. Página Web <http://www.essalud.gob.pe/essalud-almenara-liquidados-calientes-originan-el-60-de-quemaduras-en-ninos/>
9. Página Web www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetriz/65.pdf

10. Página web
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
11. Página Web
<http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/338232/10/Ninos+hospitalizados+-+1er+cap.pdf>
12. Página Web
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/536/1/Ramirez_ar.pdf
13. Página Web cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/343/1/leonardo_d.pdf
14. Página Web http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300011
15. Página Web
http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetriz/65.pdf
16. Página Web http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300023
17. Página Web
repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9098/1/TESIS%20%20DE%20CONOCIMIENTOS%20DEL%20PAE%20APLICADOS%20%20A%20%20NINOS%20MENORES%20%20DE%2010%20A.pdf

18. Página

web

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9098/1/TESIS%20%20DE%20CONOCIMIENTOS%20DEL%20PAE%20APLICADOS%20%20A%20%20NINOS%20MENORES%20%20DE%2010%20A.pdf>

19. Página Web <https://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/tipos-de-conocimiento/>.

20. Protocolo de Tratamiento de las Quemaduras – Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

21. ALMENARA G. Quemaduras eléctricas, Lima. 2005. Estudio clínico-epidemiológico. El Manual Moderno pag.1-6.

22. José Félix Patiño Restrepo, MD, FACS (Hon) Oficina de Recursos Educativos – FEPAFEM Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá.

23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD New York 2008, Disponible en Pág. Web: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es>

24. José Félix Patiño Restrepo, MD, FACS (Hon) Oficina de Recursos Educativos – FEPAFEM Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá.

25. Sácielo. Dávalos P, Dávila L, Meléndez A. Manejo de morbilidad del paciente pediátrico quemado en el hospital "Baca Ortiz" de Quito, Ecuador. Rev. Española Cirugía Plástica [revista en Internet] 2007 Sep.; 33 (3) [citado 2011 Sep. 3].

26.

Página

Web

http://www.indexer.net/quemados/complicaciones_de_las_quemaduras.htm.

27. Página Web

http://www.indexer.net/quemados/complicaciones_de_las_quemaduras.htm.

28 Alvizu S. Manejo inicial del paciente Quemado.

(www.pdfound.com Disponible:<http://www.urgenciauc.com/profesiones/pdf/Quemaduras.pdf>)

29 Página Web

http://www.indexer.net/quemados/complicaciones_de_las_quemaduras.htm.

(www.uninet.edu.html. Disponible:<http://tratado.uninet.edu/c090809.html>)

30 Página Web

http://www.indexer.net/quemados/complicaciones_de_las_quemaduras.htm

ANEXOS

QUEMADURA PRIMER GRADO

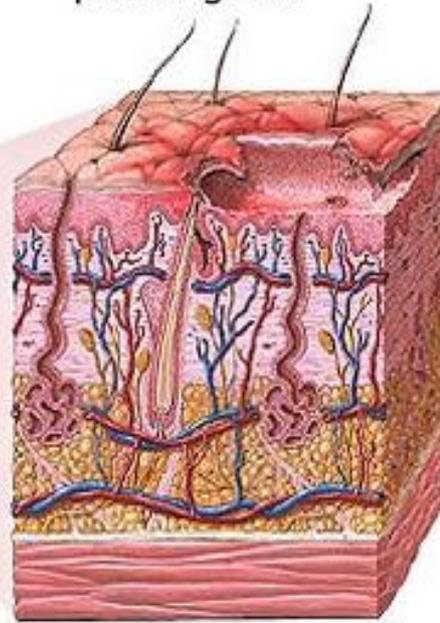
Primer Grado



Enrojecimiento



Quemadura de primer grado

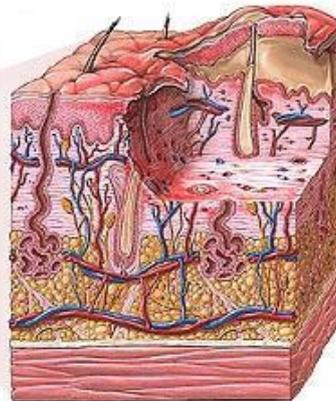


QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO

Formación de ampollas (también se pueden presentar úlceras y erosiones)



Quemadura de segundo grado

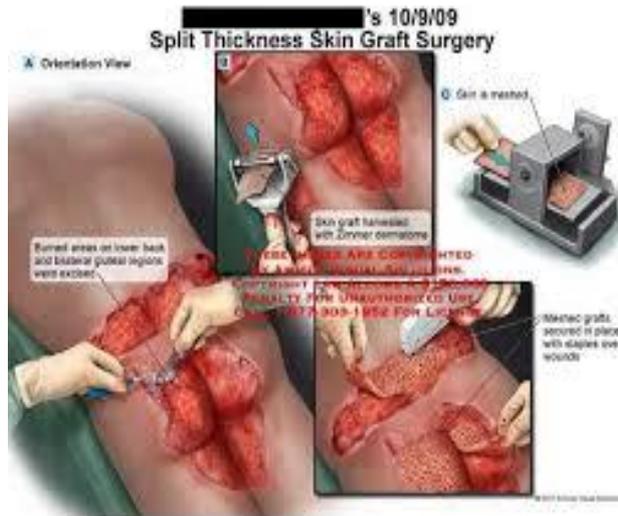




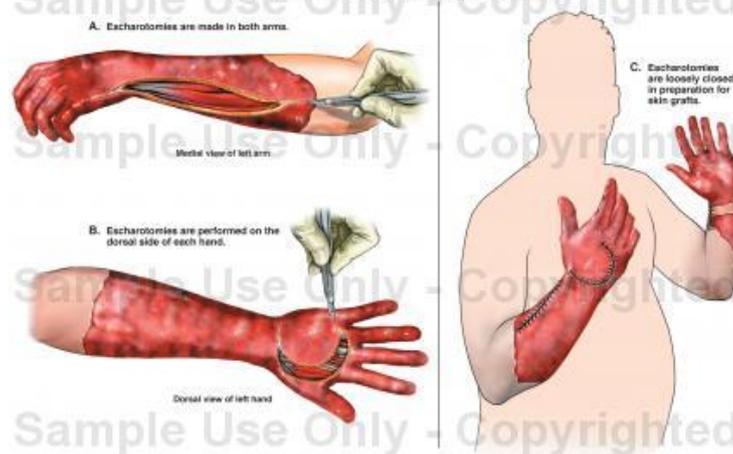
QUEMADURA DE TERCER GRADO



TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS



Bilateral Escharotomies of the Arms





1° Y 2° grado
reepitelizan
espontaneamente.



3° grado remover
la escara para
poder injertar.

