



Facultad de Ciencias Médicas



ESCUELA DE ENFERMERÍA

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

TRABAJO FINAL

TEMA: INCIDENCIA DE NIÑOS QUEMADOS A CAUSA DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS

Autores: Becerra Laura

Miranda Antonio

Obando Fanny

Mendoza Agosto de 2016

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o el Autor o los Autores.”

ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal Examinador:

Presidente: -----

Vocal 1: -----

Vocal 2: -----

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor: -----

Profesor: -----

Profesor: -----

Trabajo aprobado el: -----/-----/-----

RESÚMEN

Tema: “Incidencia de niños quemados a causa de accidentes domésticos”

Autores: Becerra Laura, Miranda Antonio, Obando Fanny.

Lugar: Servicios de Internación y Guardia, del Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti.

Introducción: El presente trabajo de investigación, se refiere a la Incidencia de niños quemados, por causa de accidentes domésticos. Se plantea a partir del incremento de los accidentes domésticos, producidos por quemaduras en niños menores de 14 años internados en el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti. Los accidentes causan desde hace muchos años una gran cantidad de víctimas entre niños y adolescentes. Muchas veces las secuelas son irreparables, otras requieren largos y laboriosos periodos de recuperación, que implican un gasto económico y social considerable, además de un desgaste emocional y psicológico que alcanza a toda la familia.

Objetivo: Determinar las causas y factores principales que provocan accidentes domésticos en niños internados en el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti. Conocer el perfil socio económico de la familia del niño, Detectar las edades más afectadas por esta problemática e Identificar las principales causas de quemaduras

Método: Es un estudio con diseño, cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra es una totalidad de 30 familias de los niños afectados por alguna situación de accidentes domésticos como las quemaduras, de 1 a 14 años.

Resultados: En cuanto al sexo de los datos obtenidos dieron como resultado un 57%, son varones los más afectados con quemaduras por encima del promedio de las niñas. La relación de las edades en los porcentajes se ha obtenido en el análisis es que los más pequeños son los más afectados, los menores de 5 años los cuales están propensos, a sufrir accidentes por quemaduras. Se comprobó que el principal agente causal por la que ingresan los niños al Hospital Notti son los

líquidos calientes, seguido de aparatos electrodomésticos como el calefactor.

En cuanto al cuidado de los niños los responsables, son mayoritariamente los padres en un gran porcentaje, viendo reflejado los resultados que también esos padres trabajan tanto madres y como padres. Son familias de padres jóvenes con más de dos hijos.

En el nivel de instrucción, se observa que existe un nivel de formación en los padres encuestados, en predominancia con secundario incompleto, relacionándolo con las preguntas de conocimiento básico que se les realizó, los resultados fueron muy dispares, obteniéndose como resultado un escaso conocimiento por parte de los padres en los cuidados, para evitar quemaduras. En cuanto al horario en que se produjo el accidente, es en los horarios diurnos con un 36% en la tarde (16 a 20 hs). Con respecto a la vivienda en que habitan la familia del niño afectado nos encontramos que la mayoría posee baño, son viviendas de material, se ubican en zonas urbanas, de tamaño pequeño que los integrantes de la familia comparten espacios como habitaciones y cocina- comedor, son de 2 habitaciones la mayoría, aproximadamente la mitad de los encuestados posee la instalación de gas natural.

Conclusiones: Son necesarias medidas preventivas pasivas enfocadas en el ambiente domestico, tales como la modificación del diseño de las zonas de la casa para cocinar y comer, una mayor seguridad de las teteras eléctricas y dispositivos de control de la temperatura del agua. También, la enseñanza en las escuelas que ofrezca orientación a los niños, puede contribuir para prevenir accidentes, ya que los niños son bastante sensibles y abiertos a nuevas informaciones.

Recomendaciones: Colocar cartelería (afiches) de prevención de los distintos accidentes que pueden ocurrir en el hogar, dentro de ellos quemaduras.

Entregar folletería sobre los cuidados que se debe tener desde el momento en que hay un niño en el hogar. Organizar charlas educativas sobre prevención de accidentes domésticos en general.

Palabras clave: niños quemados; accidentes domésticos; quemaduras.

AGRADECIMIENTO

Nuestra vocación por lo que hacemos, nos impulsa realizar este estudio de investigación proveniente de la relación diaria con los niños, en nuestra labor. Por esta razón queremos agradecer a nuestra familia por el apoyo incondicional que nos brindaron, de igual modo a las profesoras, de la materia por su constante apoyo en esta Tesis y a todas las personas que de alguna manera colaboraron en esta meta que nos propusimos, de ser Licenciados en Enfermería, para ellos nuestro eterno agradecimiento.

PROLOGO

En el siguiente trabajo pretendemos mostrar al lector la importancia de la prevención de quemaduras en los niños menores de 14 años, como los afecta en la internación y al entorno que lo rodea, como la familia. El tema que tratamos comienza con un análisis de la situación actual que atraviesa el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, donde trabajamos.

Dentro de los objetivos propuestos deseamos favorecer el desarrollo de la prevención de accidentes en el hogar, interviniendo en esta problemática y por consiguiente mejorar el estado de salud de los niños.

Queremos expresar nuestro compromiso con todos aquellos pequeños pacientes que nos desafían a crecer y ser mejores, con su deseo de vivir nos motivan y nos dan sentido a esta investigación y a todos los esfuerzos cotidianos.

INDICE GENERAL

Carátula.....	I
Advertencia.....	II
Acta de Aprobación.....	III
Capítulo I	
Introducción.....	2
Descripción del Problema.....	3
Justificación.....	5
Objetivo General y Específicos.....	6
Apartado I: Niños quemados, Enfoque Social y Epidemiológico.....	7- 13
Apartado II: Anatomía y Fisiología.....	14- 20
Apartado III: Quemaduras y Tratamiento.....	21- 29
Apartado IV: Familia y Acciones de Enfermería.....	30- 45
Capítulo II	
Diseño Metodológico.....	47
Tipo y Área de estudio.....	47
Universo y muestra.....	48
Variables: Definición y Operacionalización.....	48- 51
Análisis, procesamiento y presentación de datos.....	52- 61
Capítulo III	
Conclusión e Interpretación de Resultados	63- 64
Propuestas de Acción.....	65

Bibliografía.....	66
Anexos.....	67

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Y GRÁFICO N°1 Variable agente causal de quemadura.....	53
TABLA Y GRÁFICO N°2 Horarios en que se produjeron las quemaduras.....	54
TABLA Y GRÁFICO N°3 Encargado del cuidado de los menores.....	55
TABLA Y GRÁFICO N°4 Nivel de conocimiento de cuidadores.....	56
TABLA Y GRÁFICO N°5 Hacinamiento encontrado.....	57
TABLA Y GRÁFICO BIVARIADA N°6 Escolaridad de los padres.....	58
TABLA Y GRÁFICO BIVARIADA N°7 Estabilidad laboral de los padres.....	59
TABLA Y GRÁFICO BIVARIADA N°8 Quemadura por sexo y edad.....	60
TABLA Y GRÁFICO BIVARIADA N°9 Quemadura Sexo y edad por agua.....	61

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación, se refiere a la Incidencia de niños quemados, por causa de accidentes domésticos. Se plantea a partir del incremento de los accidentes domésticos, producidos por quemaduras en niños menores de 14 años internados en el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti.

Los accidentes causan desde hace muchos años una gran cantidad de víctimas entre niños y adolescentes. Algunos de estos casos, lamentablemente son fatales. Los que no lo son dejan a veces secuelas irreparables, otras requieren largos y laboriosos periodos de recuperación, que implican un gasto económico y social considerable, además de un desgaste emocional y psicológico que alcanza a toda la familia.

El entorno del niño, es el que se hace hincapié para analizar el porqué se producen dichos accidentes, conocer lo que rodea al niño o a la familia afectada nos da conocimiento de las falencias que presentan las dichas familias que se internan en el hospital, dándonos la intensión de abordar esta problemática presentando propuestas de prevención por medio de charlas individuales o grupales a los padres, que se encuentren internados junto a sus hijos en el Hospital Notti, se trata de concientizar que situaciones similares no se vuelvan a producir con sus otros hijos o niños cercanos que rodeen a esos padres.

Si todos en la comunidad, primero los mayores y luego los niños, siguieran conductas seguras, la mayoría de los accidentes serian evitables, con todas las ventajas que esto significaría.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Las quemaduras son accidentes que en la actualidad constituye una de las causas de mortalidad infantil, según la OMS provocan más de 20000 muertes al año y en 21 países ocupa el primer lugar, entre las causas de defunciones de niños entre 1 y 4 años de edad.

Este tipo de accidentes presentan una grave amenaza en la dinámica familiar, ya que la presencia de un niño quemado en la familia, el proceso de hospitalización y los diversos tratamientos que reciben son factores que desestabiliza el equilibrio emocional de la misma, ocasionando en los padres diversas manifestaciones como tristeza, miedo, culpabilidad, de igual manera afecta en todos los niveles socioeconómicos y socioculturales.

Se ha observado que en el Servicio de Área Crítica Quirúrgica (A.C.Q.) del Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, el 90% de quemaduras en niños menores de 7 años, son producidas por accidentes en el hogar, por ello es fundamental que los adultos adquieran conocimiento de prevención.

Las quemaduras domésticas son muy frecuentes debido a que la curiosidad de los más pequeños convierten en peligro muchos lugares de la vivienda, estos accidentes infantiles que se producen a diario, pueden ser evitados tomando algunas precauciones básicas, que deben formar parte de los hábitos cotidianos de cualquier adulto que convive con los niños.

Como enfermeros, para poder educar a las familias debemos conocer: las causas más comunes de quemaduras que predominan en el hogar, reconocer si se producen de igual manera en los diferentes niveles socioeconómicos, si influye el estado sociocultural, las edades de los padres, la cantidad de personas que habitan en el hogar.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas y factores predisponentes de los accidentes domésticos, que producen quemaduras en los niños internados en el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, en el segundo trimestre del año 2016?

JUSTIFICACIÓN

Resulta pertinente y relevante conocer la magnitud de la situación de quemaduras en los niños por accidentes domésticos, dentro de éstos, los accidentes que requieren el ingreso hospitalario.

Los niños internados por este tipo de accidentes se ven afectados psíquica, emocional y físicamente, con igual repercusión en el entorno familiar y social.

La educación o asesoramiento hacia los padres, por parte del personal de enfermería que se encuentra en un contacto más directo y permanente, resulta importante para el beneficio familiar y principalmente hacia el niño, con el fin de disminuir la discapacidad en los mismos y en los padres asesorándolos y brindando información sobre la seguridad o conocimientos de los cuidados de sus hijos, ayudándolos a sentirse más seguros.

Un accidente siempre tiene una historia previa que lo facilita y es fundamental conocerla para cambiar a tiempo, hábitos y comportamientos para evitar de esta forma que sucedan. Por ello se procura con este trabajo de investigación conocer la incidencia en el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti determinar los factores causales y favorecer las acciones de promoción y prevención acentuando la importancia que tiene enfermería en la atención del niño quemado ya que contribuye directa y eficazmente en la atención y en la educación para prevenir accidentes domésticos con el fin de mejorar la calidad de vida de los niños y disminuir al mínimo las graves consecuencias de este flagelo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas y factores principales que provocan accidentes domésticos en niños internados en el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el perfil socio económico de la familia del niño.
- Detectar las edades más afectadas por esta problemática.
- Identificar las principales causas de quemaduras
- Clasificar los tipos de quemaduras.

APARTADO I: NIÑOS QUEMADOS, ENFOQUE SOCIAL Y EPIDEMIOLÓGICO.

Las quemaduras son la tercera causa de muerte por accidentes en los niños, después de las causadas por vehículos en la vía pública y las asfixias por inmersión. Estos accidentes, las quemaduras ocurren con mayor frecuencia en los dos extremos de la vida; en los ancianos por disminución de los reflejos y la sensibilidad y en los niños por desconocimiento del riesgo. Con respecto al lugar, el hogar y, dentro del hogar, la cocina son los más peligrosos. A menudo los niños se cuelgan de los mangos o agarraderas de las cacerolas y se vuelcan encima los líquidos calientes (agua, té, café, leche, sopa, etc.) o se caen sobre el fuego en hogares precarios donde cocinan en el piso. También, al acercarse al fuego, o a estufas encendidas, sus ropas pueden prenderse, especialmente si son de materiales inflamables como el nylon. Otras formas son las quemaduras por electricidad, al tocar los enchufes o llevar los cables eléctricos a la boca.

El grupo etario más afectado es el de 1 a 4 años y el lugar más frecuente de ocurrencia fue el hogar, existe una variación estacional en la prevalencia de accidentes, según un estudio realizado en la región cuyo de la republica argentina en el año 2002¹.

Entendemos por accidentes² a las lesiones no intencionales que originan daños a las personas y que ocurren en forma brusca o imprevista. Esto excluye del significado de la palabra accidente la noción de “casual” o “inevitable”, los términos que anteriormente se asimilaban a las lesiones accidentales.

Los accidentes representan, asimismo, una importante causa de morbilidad y de sus secuelas físicas y psicológicas, así como también una severa carga para la familia del paciente y un considerable gasto en los recursos de la salud. La demanda asistencial por este tipo de lesiones constituye una proporción importante de los pacientes que consultan en los servicios de emergencia

¹ <http://www.infosalud.mendoza.gov.ar/public/infosalud/accidentes/publicaciones/hogar.pdf>

² Prevención de Accidentes y Lesiones. Washington: OPS, OMS,1993. Serie Paltex

pediátricos, con la consiguiente sobrecarga en un sector que generalmente cuenta con recursos limitados.

Los países que han logrado disminuir en forma importante la incidencia y la mortalidad por accidentes en la infancia, han basado su estrategia, entre otras medidas en construir un sistema de registro lo más completo y exhaustivo posible. En nuestro país³, los datos de todos los pacientes lesionados son más difíciles de obtener, existiendo solamente algunas publicaciones parciales sobre el tema. A partir de datos más completos se podrán fijar mejor las prioridades necesarias en cada área, conociendo sus características y utilizando una adecuada estrategia de prevención.

En Mendoza, la situación de niños quemados, según los registros publicados por el Ministerio de salud, desarrollo social y deportes del gobierno de Mendoza, son que los accidentes del hogar cobran alrededor de 250 muertes por año, lo que representa una tasa de 16 muertos por cada 100000 habitantes/ año. El último estudio publicado de Accidentes del Hogar, realizado en el año 2003, la variable que mas relación tuvo con el número de accidentes fue el hacinamiento. El aumento del número de niños en un hogar reduce las horas de atención que puede dedicarle la madre. La ubicación de la escuela se relacionó con el nivel de instrucción de los padres que incide en el nivel socio-económico que se asocia a factores de riesgo como:

-El nivel de alerta: que permite reconocer el peligro por parte de los progenitores trasformando al hogar en un lugar más seguro.

-La posibilidad económica que permite contar con los elementos protectores como el disyuntor, placares con llave y muchos otros.

El huésped

Conocer la edad del niño cuando se produce el accidente es importante. Las características psicomotrices de una edad determinada condicionan situaciones

³ Epidemiología de los accidentes en la infancia en la región Centro Cuyo. Arch Pediatr Urug 2002; 73(3): 161-170

peligrosas que resultan inofensivas para otra edad. Una característica del niño es la de ser desde que nace un individuo en constante cambio, o sea es un individuo en proceso de crecimiento y desarrollo.

Es un ser activo, cuyo comportamiento está organizado, siente y se expresa de distintas maneras de acuerdo con su edad y sus propias características individuales.

Cada etapa del proceso evolutivo presenta comportamientos propios y que no son estáticos, sino tendientes a transformarse en la siguiente, hasta alcanzar la forma definitiva de equilibrio y madurez.

Existen en los distintos periodos de la infancia y adolescencia, circunstancias desde el punto de vista psicológico, que hacen que los niños sean especialmente vulnerables a los accidentes.

En los primeros años de vida del niño, adquieren gran importancia los aspectos relativos a su desarrollo psicológico. La rápida o lenta evolución irá en función del grado de maduración del niño, y de la estimulación que reciba.

De 0 a 2 años:

En los tres primeros meses de vida depende totalmente de los mayores, todavía no sostiene la cabeza, pero si está acostado boca abajo tiene la posibilidad de levantarla y lateralizarla. Esta en continuo movimiento lo que lo lleva a desplazarse y caer si no toman medidas de seguridad.

De los 3 a los 6 meses, sigue los objetos con la mirada, con movimientos giratorios de la cabeza. Examina con las manos y la boca, todo lo que las manos tocan. Mantiene erguida la cabeza, en decúbito ventral y es capaz de rotar.

De los 7 meses al finalizar el primer año, puede girar sobre su eje, se mantiene sentado brevemente, luego tiende a ponerse de pie, gatea, se baja de la cama y finalmente puede rodar, sentarse, manipula objetos, los alcanza los arroja, los lleva a la boca. El accidente más frecuente es la caída de la cama, luego las

asfixias por plásticos, aspiración, inhalación, también intoxicaciones medicamentosas, quemaduras por ollas, sartenes con agua caliente y bolsas de agua caliente.

En el segundo año, camina corre, trepa, sube y baja escaleras gateando. Su curiosidad lo lleva a tocar todo y probarlo. Predominan las caídas relacionadas con la marcha, las intoxicaciones son por hidrocarburos, lavandina, detergente; las asfixias por inmersión en bañeras, piletas, aspiración de cuerpos extraños, etc.

De 2 a 2 ½ años:

- goza de gran actividad motriz, con poco desarrollo de la coordinación motora
- comienza con hábitos de independencia
- incapacidad de percibir peligro
- Incapacidad de comprender las consecuencias de sus acciones.

De 2 ½ a 6 años:

- No responde fácilmente a las prohibiciones de sus padres y se coloca en situaciones difíciles.
- Tendencia a imitar a los mayores lo bueno y lo malo.
- Aun no están preparados para entender todo o desconocen el significado de muchos actos.
- Es egocéntrico, ven al mundo desde su punto de vista, no se pueden poner en el lugar del otro.

De 6 a 14 años:

- Adaptación, tiene responsabilidades y se encuentra en múltiples situaciones nuevas a las que se debe adaptar.
- Lograr la aceptación social, los éxitos aumentan y resuelve en partes sus miedos.

-Son pretensiosos, aventureros, buscan situaciones peligrosas y son mas difíciles de manejar.

-Pensamiento: no está totalmente organizado, es más real, concreto menos mágico intentan alguna actividad si planear detalladamente.

-Juegan con sus amigos y fuera del ambiente del hogar, lo que los expone a situaciones de peligro.

El agente

El medio ambiente tiene sus propios riesgos de ahí los agentes desencadenantes del accidente.

En el área rural: insecticidas, materiales inflamables mal protegidos, construcciones de la vivienda muy precarias, método de calefacción en época invernal, medios de cocinar alimentos, a leña o gas envasado, iluminación, etc.

En la ciudad: las casas con malas instalaciones eléctricas, con falta de espacio para juego de niños, hacinamiento, mal uso de líquidos inflamable, falta de disyuntor de corriente electrica en las casas.

El ambiente

El hogar es el medio por el cual el niño crece, se desarrolla, aprende y habita la mayor parte de día.

En el medio familiar, existen variadas circunstancias que favorecen la ocurrencia de lesiones.

- A. Falta de vigilancia: son frecuentes en los niños confiados a personas inadecuadas para su cuidado como ancianos o personas con capacidades disminuidas o hermanos mayores.
- B. Ausencia del orden: es un factor que multiplica alrededor del niño las ocasiones de lesiones en el hogar.

- C. Condiciones socio-económicas: los riesgos se encuentran aumentados en las familias de condiciones socio-económicas modestas. Circunstancias como sobre población del hogar y la falta de espacio para guardar productos peligrosos.
- D. Falta de educación: la falta de educación impide el conocimiento de cómo evitar los riesgos por parte de los padres y cuidadores.

Los casos de quemaduras muy graves y a veces fatales se producen en los niños cuando estos por curiosidad, quieren ver que hay en algún recipiente que se halla en el fuego y a su alcance, y vuelva el contenido sobre si mismos. Como consecuencia deben afrontar multitud de problemas durante su hospitalización inicial, tales como:

- 1) Compromiso de la vía aérea debido al edema.
- 2) Lesión de la vía aérea inferior por inhalación de humo.
- 3) Síndrome de stress respiratorio (SDRA).
- 4) Restricción de la movilidad de la pared torácica debido a constricción provocada por una escara rígida de las quemaduras y esquema subcutáneo.
- 5) Alteración de la perfusión de un miembro debido a la construcción y edema provocados por una escara.
- 6) Problemas nutricionales.
- 7) Crecimiento de gérmenes como hongos y virus, etc.

Como hablamos anteriormente, en el hogar se producen la mayoría de los accidentes por quemaduras por ello se debería cumplir ciertas medidas preventivas⁴ como:

- Tomar conciencia sobre la importancia de la prevención.
- Interesarse e informarse sobre los riesgos de accidentes posibles de evitar.

⁴ <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2002/352a.pdf>

- Adecuar el hogar para que sea un lugar seguro.
- Cuidar permanentemente a los niños.
- Establecer normas claras de seguridad y límites firmes de protección de nuestros hijos.
- Iniciar la educación para el conocimiento de los peligros y el aprendizaje del auto-cuidado a partir del año de vida.
- El comportamiento de los padres debe ser el modelo y el ejemplo desde donde se basa la enseñanza.
- Controlar y exigir que los distintos lugares donde concurren nuestros hijos sean seguros y cumplan con las normativas legales vigentes al respecto.
- Los padres y los adultos a cargo del cuidado de los niños y adolescentes deben conocer y aplicar todas las normas de seguridad.

Como medidas a nivel gubernamental y a la comunidad:

- Construir una base de datos de accidentes en la infancia para poder registrar variaciones y resultados de las distintas medidas de prevención que se implementen.
- Organizar una campaña de prevención de accidentes en el hogar a partir de los consultorios pediátricos (públicos y privados)
- Enfatizar la importancia de la educación escolar como modo seguro de promover cambios de conducta a mediano y largo plazo en las futuras generaciones.
- Dar amplia difusión en los medios de comunicación, de medidas preventivas.
- Informar a las autoridades y a la población en general de la magnitud del problema de los accidentes en el hogar y las pérdidas que ellos conllevan, tanto en vidas como secuelas físicas y psíquicas, así como también la importante carga económica que representan.

APARTADO II: ANATOMÍA Y FISILOGIA

La piel: ⁵Es la capa externa del hombre y de los animales. Su grosor, resistencia y pigmento son variables en función de la zona del órgano que cubre. En el ser humano ocupa aproximadamente 2 m² y su espesor varía entre los 0,5 mm (en los párpados) y los 4 mm (en el talón). Su peso aproximado 5 kg. y actúa como barrera protectora aislando al organismo del medio que lo rodea, contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno.

Existen dos tipos de piel: Piel fina o blanda: En los párpados y las zonas genitales que carece de estrato lúcido y la Piel gruesa se localiza en la parte labial, plantar, palmar además esta se caracteriza por tener un estrato córneo muy desarrollado, estrato lúcido, estrato granuloso, estrato espinoso y estrato basal. El varón produce más secreción sebácea que la de la mujer debido a la mayor cantidad de andrógenos. Como consecuencia, la piel masculina es más gruesa y grasosa.

Estructura general:

- Corpúsculos de Meissner: presentes en el tacto de piel sin vellos, palmas, plantas, yema de los dedos, labios, punta de la lengua, pezones, glánde y clítoris.
- Corpúsculos de Krause: que proporcionan la sensación de frío
- .Corpúsculos de Pacini: que dan la sensación de presión.
- Corpúsculos de Ruffini: que registran el calor.
- Corpúsculos de Merkel: que registran al tacto superficial.

Capas de la piel

Epidermis

La epidermis se compone en su mayoría por queratinocitos, que se encuentran segmentados en el estrato córneo, además de un factor importante que son los

⁵ **Definición:** Editorial Santillana S. A. Dirigido por Sergio Sanchez Cerezo 1ra edición 7ª reimpresión Buenos Aires 2011.

melanocitos que dan la pigmentación a la piel color y sirven para filtrar la luz ultra violeta y se encuentran justamente sobre el estrato germinativo.

En la piel se pueden apreciar bajo cortes histológicos células de Langerhans y linfocitos, que se encargan de dar protección inmunológica y los mecanoreceptocitos o células de Merkel.

Las células de la epidermis se distribuyen en:

Capa cornea: Es la más superficial de la epidermis formada por células escamosas (planas) muy finas que en la superficie de la piel están muertas y siempre se están desprendiendo y a la vez son sustituidas. El proceso que forman las células de esta capa que se llenan de queratina y se desplazan a la superficie se denomina queratinización.

Estrato lucido: Queratinocitos (capa clara) estas células llenas de una sustancia tipo gel blando que se denomina eleidina la cual se transformara en queratina .la eleidina es rica en lípidos. Unidas a las proteínas sirve para bloquear la penetración o la pérdida de agua.

Estrato granuloso: capa granulosa aquí comienza el proceso de queratinización de la piel estas células están distribuidas en dos a cuatro capas de profundidad y contienen unos gránulos que tiñen intensamente, llamado queratohialina necesaria para la formación de de queratina. Como sucede en el estrato lucido esta capa puede faltar en algunas zonas de la piel.

Estrato de células espinosas: Está formada por ocho a diez capas de células de forma irregular con puentes intercelulares, microscópicamente, dan a la capa un aspecto espinoso, las células de esta capa epidérmica son ricas en ácido ribonucleico (ARN) y por ello facilitan el inicio de la síntesis de proteínas necesaria para la producción de queratina.

Estrato basal: es una capa única de células cilíndricas las células de este estrato son las más profundas del epitelio y sufren mitosis esta actividad regeneradora

hace que las células se trasladen a través de otras capas y se desprende en la superficie cutánea.

Dermis

La dermis o corion está formada por una capa papilar fina y una capa reticular más gruesa. La dermis es mucho más gruesa que la epidermis. Pudiendo superar los 4mm. en las plantas de los pies, palmas de las manos y su finura máxima ej. En párpados. La dermis de la superficie ventral del cuerpo y los anexos suele ser más fina, que la de la superficie dorsal y .la resistencia mecánica de la piel está en la dermis, capa que constituye una zona de almacenamiento de agua e importante electrolitos también una red especializada de nervios y terminaciones nerviosas actúa procesando información sensitiva como el dolor, la presión, el tacto, la temperatura. a diversos niveles de la dermis existen: fibras musculares ,folículos pilosos ,glándulas sudoríparas, y sebáceas y numerosos vasos. . También se encuentran los anexos cutáneos, que son de dos tipos: -córneos (pelos y uñas); -glandulares (glándulas sebáceas y sudoríparas)

Componentes de la dermis:

- Folículo piloso.
- Músculo pilo erector.
- Terminaciones nerviosas aferentes (que llevan información).
- Glándulas sebáceas y Glándulas sudoríparas.
- Vasos sanguíneos y linfáticos.

Tejido subcutáneo o hipodérmico: Es un estrato de la piel que está compuesto de tejido conjuntivo laxo y adiposo, lo cual le da funciones a la piel de regulación térmica y de movimiento a través del cuerpo como el que se ve cuando estiramos la piel de nuestro antebrazo hacia arriba, si no tuviera estos tipos de tejidos sería imposible moverla.

Los componentes propios que integran al tejido subcutáneo son:

- Ligamentos cutáneos.
- Nervios cutáneos.

-Grasa.

-Vasos sanguíneos y linfáticos.

Fascia profunda: La fascia profunda es una capa de tejido conjuntivo muy densa y organizada que reviste a las estructuras internas como los músculos, en los cuales crea compartimientos para que su expansión intrínseca no se propague más de lo que ella permite y así comprima a las venas.

Los tres estratos más interrelacionados de la piel son la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo, que se relacionan a través de las estructuras que contienen. Las estructuras con las que se relacionan son:

- Folículo piloso.
- Músculos erectores del pelo.
- Vasos linfáticos y sanguíneos.
- Nervios cutáneos.
- Ligamentos cutáneos.

Glándulas sebáceas: músculos erectores del pelo y folículos pilosos:

Las glándulas sebáceas relacionan los estratos epidermis y dermis a través de la función que realizan cuando el folículo piloso, es movido por el músculo erector del pelo que comprime a la vez la glándula sebácea que suelta su secreción oleosa al exterior de la epidermis.

Glándulas sudoríparas: las glándulas sudoríparas relacionan los tres estratos ya que estas están a lo largo de los tres, tienen la capacidad de evaporar el agua y de controlar con ello la temperatura del cuerpo, nacen en el tejido subcutáneo, se extienden en la dermis y sacan su secreción al exterior de la piel.

Vasos linfáticos y sanguíneos: los vasos linfáticos y sanguíneos se extienden por el tejido subcutáneo y mandan pequeños plexos por la dermis para irrigarla.

Nervios cutáneos: se localizan en el tejido subcutáneo y mandan ramos por la dermis y terminaciones nerviosas aferentes a la epidermis.

Ligamentos cutáneos: se les llama también en conjunto retinacula cutis, relacionan la dermis con la fascia profunda, tienen la función de proporcionar a la piel el movimiento a través de la superficie de los órganos, nacen en la fascia profunda y se unen a la dermis, están particularmente desarrollados en las mamas.

Morfología

Morfología de la piel o macro estructura, parece lisa y llena a simple vista, pero presenta pliegues, surcos, hendiduras y pequeñas prominencias.

a) *Pliegues y surcos:* más menos acentuados, están siempre presentes en todos los individuos sobre la cara dorsal de ciertas articulaciones, incluso cuando estos están en extensión completa o están en articulaciones completas. Ejemplo: codos, rodillas, dedos, muñecas, etc.

b) *Arrugas:* pueden ser provocadas ya sea por contracción muscular, debido a un movimiento o por disposiciones estructurales de la piel. Ejemplo: pliegues de las articulaciones.

c) *Poros cutáneos:* son el orificio externo del canal de salida de la glándula sudorípara y sebácea.

Crecimiento y reparación

A medida que se pierden las células de la superficie del estrato córneo se produce la sustitución de los queratinocitos por actividad mitótica para mantener constante el espesor de la epidermis. La dermis no se descama y se auto-regenera continuamente como lo hace la epidermis. Durante la cicatrización de las heridas, los fibroblastos empiezan a formar una masa extraordinariamente densa de nuevas fibras conjuntivas, sino es sustituida por tejido normal, esta masa queda como cicatriz.

La piel en el equilibrio hidroelectrolítico y en la regulación de la temperatura.

El sudor está compuesto por agua y contiene además cloruro sódico e indicios de urea y otros compuestos. La sudoración representa una pérdida de agua y sodio que hay que tener en cuenta.

La piel es importante en la regulación de temperatura del cuerpo, cuando la temperatura ambiente es menor que la corporal continuamente se está produciendo pérdida de calor.

En situaciones de frío la vasoconstricción disminuye las pérdidas por radiación. También ayuda la contracción refleja de los músculos erectores de los pelos, que dificultan la movilidad de la capa de aire en contacto con nuestra piel y disminuye las pérdidas por convección. La conducción se reduce si conseguimos disminuir nuestra superficie corporal, por eso nos acurrucamos cuando tenemos frío.

Funciones Generales

1-Posee la función protectora de agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio que nos rodea y que son realmente agresivos, por ejemplo, traumatismos, radiaciones solares, frío o calor intenso, productos cáusticos, microorganismos, etc.

2-Limita y favorece el intercambio de temperatura con el medio. Por su extensa e importante red vascular puede mediante la modificación del calibre de los vasos ser un eficaz sistema de termorregulación: la vasodilatación hace perder calor y la vasoconstricción lo evita. También de este sistema participan los pelos, glándulas sudoríparas.

3- Participa en la síntesis de la vitamina D y en el metabolismo lipídico y sobre todo en el hidroelectrolito. Tan importante función que se altera ante la lesión de la piel por quemaduras.

4-La piel posee un gran número de receptores sensitivos para el tacto, la temperatura y el dolor.

5-Permite la excreción de metabolitos y la absorción de sustancias como lociones, pomadas o cremas.

6-Permite la comunicación social: el tacto sobre todo en individuos ciegos se convierte en algo más que un sentido, permitiendo la comunicación y la lectura.

Las respuestas de los vasos superficiales a las emociones, son otro elemento a la comunicación.

7-Las alteraciones en la coloración normal (palidez, cianosis, rubor, ictericia) constituyen signos clínicos en muchas patologías sistémicas.

8-En relación con las técnicas de enfermería, la piel constituye una extensa superficie capaz de absorber medicamentos aplicados tópicamente. Por la rica vascularización es posible administrar fármacos por vía subcutánea (ej: la insulina en los diabéticos). También punciones muy superficiales (intradérmicas) para comprobar sensibilidad o administrar vacunas.

APARTADO III: QUEMADURAS Y TRATAMIENTO

El paciente con traumatismo de quemadura es por definición: “Un paciente quirúrgico, traumatizado y extremadamente complejo por las repercusiones vitales, funcionales, estéticas y psicológicas que presenta”⁶.

La quemadura es un “proceso curable, reversible, y con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social y discapacidad”⁷

Los agentes causales de las quemaduras son muy variados y se agrupan en cuatro categorías:

- 1) **Quemaduras térmicas** son las más frecuentes, se producen por el contacto de un sólido caliente (limitadas pero profundas) o por un líquido (más extensas pero menos profundas) son las denominadas escaldaduras por llama (fuego y agentes volátiles, cerrillas, tiner) cuando se producen en un espacio cerrado pueden asociarse a lesiones pulmonares por inhalación de humo o sustancias tóxicas, producidas por la combustión, dentro de las quemaduras pero menos frecuentes están las por frío.
- 2) **Quemaduras eléctricas** se producen por el paso de corriente a través del organismo, son lesiones profundas que no es mucha la zona de superficie corporal lesionada sino que las grandes lesiones se producen por electrocución aun que hay veces que tienen una elevada morbimortalidad.
- 3) **Quemaduras químicas** pueden producirse por ácidos o álcalis, estos últimos ocasionan quemaduras más profundas y progresivas. Por ejemplo hidróxido de sodio, hidróxido de potasio, ácido sulfúrico, nítrico, clorhídrico.
- 4) **Quemaduras por radiación** están producidas fundamentalmente por los rayos ultravioletas ej. La exposición solar.

⁶ <http://es.wikipedia.org/w/index.php?=&pacientes-quemados-definición/la-enciclopedia-libre/artículo-español>.

⁷ Marvel Marti y Liuch Cannut. Enfermería psicosocial. Manual de Enfermería. Salvat. Editores S.A. Barcelona 1991. Pág.87.

Otra clasificación según la profundidad de las quemaduras.

Las quemaduras de primer grado se caracterizan por: eritema, dolor y ligero edema. Hay pérdida parcial de la epidermis. Ej.: quemaduras por sol o por líquidos.

Las quemaduras de segundo grado se caracterizan por: eritema, edema, dolor más intenso y formación de vesículas y flictenas. Hay obstrucción de la epidermis y parte variable de la dermis. Por esa razón se clasifican en: segundo grado superficial si afectan a la dermis superficial (papilar) y segundo grado profundos interesa a la dermis profunda (reticular).

Las quemaduras de tercer grado son las que han destruido la piel en su totalidad, con o sin los tejidos subyacentes: tejidos celular subcutáneo, grasas, musculo, etc. Se caracterizan por ausencia o poco dolor, piel insensible, pues se han destruido también las terminaciones nerviosas sensitivas; el color de la piel va de gris claro al negro carbón. Hay edema aunque menos intenso que en las de segundo grado, pues la piel quemada es inextensible. Además es dura y acartonadas, a veces con grietas que dejan ver los tejidos profundos. Necesitaran ser injertadas. En quemaduras de tercer grado en miembro puede presentarse un síndrome compartimental. Que en estos casos se deben hacer incisiones longitudinales (escarectomías:⁸ “son una resección parcial o completa de la escara, para reducir la cantidad de tejido necrótico que elimina toxinas, generando la posibilidad a infección comprometiendo el sistema inmunitario”.) por el especialista. También pueden requerirse escarectomía del tórax.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Cuando un niño ingresa al servicio de urgencia se evalúa ABC del trauma, evaluar ciertas condiciones que amenazan la vida de paciente (compromiso de la vía aérea, insuficiencia respiratoria, y/o compromiso del sistema circulatorio) deben ser reconocidas y estabilizadas rápidamente.

⁸ <http://www.colmedsa.com.ar/files/Quemaduras.pdf>. Dra. Paredes, Cirujana Plástica “Quemaduras Manejo inicial y Tratamiento”

Para valorar inicial y adecuadamente las quemaduras no solo se debe conocer la etiología, sino además se debe evaluar la extensión, profundidad y localización para determinar la magnitud de la lesión y de esta manera su índice de gravedad, lo cual permite definir el tratamiento más adecuado para cada paciente.

LOCALIZACIÓN DE LAS QUEMADURAS

La descripción detallada de la localización de las lesiones determinan los criterios de tratamiento a seguir, así como también la extensión y profundidad de las mismas lesiones.

Los pacientes con quemaduras circunferenciales deben ser monitorizados cuidadosamente como por ejemplo aquellas quemaduras en las extremidades comprometer la perfusión distal o provocar un síndrome compartimental, las que se ubican en el tórax también circunferencial por ejemplo pueden interferir con la mecánica respiratoria.

Cuando se sospecha de marcas o quemaduras por maltrato infantil, se debe realizar una buena anamnesis y realizar la eventual denuncia.

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

En el caso de niños que han sufrido quemaduras leves, moderadas o severas, se le realizan estudios de laboratorio tales como hemogramas, electrolitos plasmáticos, uremia, glucemia, gasometría, etc., a la espera de cambios metabólicos.

Siempre es recomendable medición de diuresis horaria para mantener una monitorización en cuanto al balance hídrico durante las primeras horas.

La albumina contiene el 50 % de proteínas plasmáticas representando la principal determinante de la presión osmótica.

ACCIONES A REALIZAR EN EL MANEJO PRE HOSPITALARIO DEL NIÑO QUEMADO

1. Líquidos calientes :

- Si la parte afectada no es muy extensa, colocarla bajo un chorro de agua fría, ya que el frío produce vasoconstricción, calma el dolor, y el chorro de agua favorece la limpieza de la zona.
- Retirar de inmediato y suavemente las ropas impregnadas
- Cubrir al niño con lo más limpio que tenga a mano (pañuelo, sabanas, toalla, etc.)
- Traslado y evaluación médica lo antes posible.

2. Fuego:

- Si el niño está consciente y puede obedecer órdenes, pídale que se lance al suelo y ruede sobre sí mismo.
- Si el niño está inconsciente intente apagar el fuego cubriéndolo con frazadas, toallas, mantas o ropa gruesa de lana o roséelo con agua.
- Traslado y evaluación médica lo antes posible.

3. Electricidad

- El primer paso, el corte del suministro eléctrico.
- El segundo paso, retirar rápidamente las ropas e iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar, si fuese necesario.
- Trasladar al afectado para una evaluación médica lo antes posible.

CUANDO Y DONDE DEBEN INTERNARSE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS QUEMADOS.

Podemos decir que todo paciente con compromiso mayor del 10% de superficie corporal quemada (SCQ) así como aquellos que de mayor superficie que abarquen zonas especiales como la cara, manos, pies, periné, superficie articulares o de tipo A o superficiales o grupo 1, requieren atención especializada

porque son zonas de alto riesgo de secuelas, o aquellas que presenten factores agravantes deben ser internados.

Aquellos pacientes pertenecientes a los grupos 2 y 3 o intermedia o grado AB o grupo de tercer grado o tipo B (profundas) deben internarse en centros especializados o de alta complejidad.

Los pacientes con quemaduras eléctricas verdaderas con arco voltaico (es decir con puerta de entrada y salida y/o compromiso cardiaco o neurológico), deben ser internados en observación al menos 24 horas hasta descartar posibles complicaciones clínicas aun que la lesión no sea de magnitud considerable.

Un niño quemado que no cumpla con las mencionadas condiciones puede ser manejado en forma ambulatoria con 1o 2 controles semanales, la presencia de signos de infección o mala evolución local es un criterio de internación.

La curación inmediata es utilizando platsul , sulfadiazina de plata, gasas de nitrofurazona y vendaje adecuado con vendas marino, que además se controlará la perdida de calor y se evitará la contaminación.

CURACIÓN DE LA HERIDA

Se utilizan diversas medidas de limpieza de las heridas.la hidroterapia por inmersión de todo el cuerpo se emplea en algunas instituciones, los baños en unidades portátiles junto a la cama del paciente en otras. Puede usarse diversos tipos especiales de tinas, incluidas las de hidromasajes.

Puede usarse agua de grifo, solución salina o antiséptica. La temperatura de la solución o agua debe mantenerse a 37.8°C, y la ambiental entre 26.6 y 29.4°C. La hidroterapia no debe durar más de 20 a 30 minutos para prevenir escalofríos y aumento de las necesidades metabólicas.

Hay que instar al paciente para que realice la mayor actividad posible durante el baño, pueden eliminárselos residuos adheridos al cuerpo con un dispositivo de rocío o agua corriente de la regadera.

Las áreas no quemadas, como el cabello, pueden lavarse con regularidad. Al momento de la limpieza de las zonas quemadas, se examina la piel de todo el cuerpo en búsqueda de enrojecimiento, maceración o infección local. Es común

que se rasure el pelo del área quemada y su alrededor. Cuando se quita la piel suelta no viable, deben establecerse condiciones asépticas. Los bordes de la piel normal cerca de la herida de la quemadura debe rasurarse para evitar la posible contaminación de los folículos pilosos.

La limpieza de la herida suele realizarse una vez al día en las zonas quemadas que no intervendrán quirúrgicamente. Cuando la escara comienza a desprenderse de los tejidos viables subyacentes, que son generalmente de una a dos semanas después de ocurrida la quemadura, suelen estar indicadas las limpiezas y desbridamiento más frecuente.

Después del baño de tina, se secan con suavidad las heridas con palmadas suaves con toallas estériles y se aplican los cuidados prescritos. Los agentes tópicos disponibles, entre otros son el ungüento de yodo povidona (10%) sulfato de gentamicina, nitrofurazona, ácido acético, miconazol y clorotrimazol.

Los cambios de apósito se efectúan en el cuarto del paciente, en la sala de hidroterapia o en el área de tratamientos, unos 20 minutos después de administrar analgésicos.

El personal debe utilizar barbijos, gorro, bata y guantes estériles, cuando se quitan los apósitos. Las capas externas se cortan con tijeras de punta roma, en tanto que los apósitos humedecidos con el exudado se quitan y desechan de acuerdo con los protocolos establecidos para materiales contaminados.

Los apósitos adheridos a la herida suelen eliminarse con menos molestia para el paciente si se humedecen con solución salina o durante la inmersión del paciente en la tina. Acto seguido se limpia y desbrida la herida para eliminar desechos, residuos del fármaco de aplicación tópica, exudado y tejido desvitalizado. Suelen emplearse pinzas y tijeras esterilizadas para desprender las escaras que se han aflojado y facilitar la separación de la piel.

INJERTOS EN LA QUEMADURAS

Si las heridas son profundas o de gran magnitud, no es posible la reepitelización espontánea. Por lo tanto, se requiere trasplante de piel o injerto con piel del propio paciente. Las aéreas que tienen prioridad para los injertos de piel son la cara, por

razones estéticas y psicológicas; las manos y otras áreas funcionales como los pies, y las regiones que abarquen articulaciones. Los injertos posibilitan la restauración funcional con mayor prontitud y reducen la aparición de contracturas. Cuando las quemaduras son extensas, suelen procederse en primer término a los injertos de tórax y abdomen, para disminuir la extensión de la superficie quemada. La curación de las heridas va acompañada por tejido de granulación, que llena el espacio de la herida, es una barrera contra las bacterias y sirve como lecho para la producción de células epiteliales.

Un apósito de gasa se aplica en la operación para mantener la presión y detener la hemorragia capilar del sitio donador. Los sitios donadores deben permanecer limpios, secos y sin presión. En última instancia, como el sitio donador es una herida de espesor parcial, con los cuidados adecuados cicatrizará en forma espontánea en un plazo de siete a catorce días.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

El aumento del metabolismo persiste después de la lesión por quemadura hasta que se cierran las heridas, de manera que se incrementan las necesidades del metabolismo basal hasta en un 100%. El objetivo del tratamiento nutricional es lograr el balance nitrogenado positivo. El régimen se basa en el estado del paciente antes de la quemadura y la extensión de la superficie afectada por ésta. Son diversas las formulas que se emplean para calcular las necesidades metabólicas y calóricas diarias de los quemados. Las de proteínas suelen variar desde 1.5 a 4.0 g/kg/24horas. Se incluyen lípidos en el tratamiento nutricional de todos los quemados en virtud de su importancia en la cicatrización de heridas, funciones celulares y absorción de vitaminas liposolubles. Los carbohidratos tiene como finalidad satisfacer las necesidades calóricas, de hasta 5000 cal/día, y evitar el uso de proteínas como fuente de energía, ya que son indispensables para la cicatrización de las heridas.

Una vez que se reanuda la función gastrointestinal y se estabiliza al paciente, comienza el tratamiento nutricional. Se prefiere alimentación entérica, aunque muchos pacientes toleran los alimentos y líquidos por boca. En personas con

quemaduras extensas, suele recurrirse a la alimentación endovenosa para garantizar que reciban las calorías diarias necesarias, ya que la deficiencia nutricional afecta a la curación y cicatrización de la herida.

HIDRATACION DE UN PACIENTE QUEMADO

- Cuando el niño tiene quemaduras menores del 10 % de Superficie Corporal Quemada (SCQ) sensorio conservado, buena tolerancia, se puede hidratar por vía oral.
- Todo niño con lesiones mayor al 10 % de (SCQ) tiene indicación de hidratarse por vía intravenosa, si la (SCQ) excede el 20% debe hidratarse a través de una vía venosa central para permitir un adecuado monitoreo hemodinámico.
- Si bien la hidratación endovenosa de un paciente quemado es la solución de ringer lactato puede remplazarse también por solución fisiológica asegurándose un control estricto, del estado acido base para detectar y corregir una acidosis, no se deben utilizar soluciones dextrosadas por lo menos en las primeras 48 horas ya que la solución hipotónica no sirven para mantener un adecuado volumen intravascular y además existe una natural tendencia a la hipoglucemia. Independientemente de la formula a utilizar, cabe destacar que son requerimientos promedio al igual que la velocidad de la infusión, se regulará de acuerdo al monitoreo de la diuresis horaria que deberá mantenerse entre 1 y 2 ml /kg.

EL DOLOR EN EL PACIENTE QUEMADO

Como analgesia de base en quemaduras leves o moderadas puede utilizarse nalbufina a 0,1-0,2 mg/ kg/dosis, cada 4 o 6 horas, en quemaduras graves morfina o fentanilo a dosis habituales según respuestas asociado según el caso midazolan o lorazepan.

Ante procedimientos invasivos como colocación de acceso venoso centrales, intubación endotraqueal o curaciones podrá reforzarse la medicación previamente

citada o asociarse a ketamina a 1 o 2 mg /kg / dosis mas midazolan a dosis habituales⁹.

⁹ Unidad del quemado Hospital nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan “Guías de Atención Pediátrica”2010

APARTADO IV: FAMILIA Y ACCIONES DE ENFERMERÍA

Conociendo un poco más de la piel, como lo descrito anteriormente vemos la importancia que es tener una piel cuidada, sana y que cumpla sus todas funciones para poder desenvolvemos normalmente en el diario vivir.

En el momento que la piel se ve afectada por ejemplo por una quemadura, se van alterando todas las funciones de manera simultánea, y dependiendo de la gravedad de la quemadura, del tratamiento que se va emplear, del estado de salud de la persona afectada y del medio (ambiente) que rodea a esa persona, tendremos una corta o larga recuperación, con nada, leve o una gran secuela.

Como el tema de nuestra tesis es “niños quemados por accidentes domésticos” vemos también importante conocer el medio o entorno que rodea a la persona (en el caso son los niños) afectada por ejemplo, por un accidente produciéndole una quemadura, por ello realizar una valoración del entorno (domicilio, barrio, etc.) del grupo familiar, es necesario.

El entorno familiar

El entorno de la familia, influye en la satisfacción de las necesidades básicas del enfermo (niño quemado) y de todo el grupo familiar, ya que tanto puede ser un factor protector de la salud como un factor de riesgo para la misma.

Disponer de información sobre el entorno inmediato de la familia permite conocer las dificultades y los recursos que son de utilidad para la planificación de la atención a la familia.

Cualquier acontecimiento inesperado en la vida de las personas les produce un impacto y conlleva una necesidad de adaptación y, a veces, reestructuración en su vida cotidiana.

Las personas, generalmente viven en un sistema familiar, por lo tanto, el impacto de los acontecimientos vitales y especialmente aquellos que tienen que ver con la pérdida de la salud, afectarán no sólo al individuo que lo padece sino también a todo su grupo familiar.

La familia se adaptará mejor o no, a las situaciones de crisis dependiendo de su propia historia, es decir, de cómo ha vivido en el pasado experiencias parecidas, y de los recursos con que cuenta para afrontarla.

Si la familia no dispone de recursos propios, por déficits de conocimientos, disponibilidad, actitud, etc., estos deben ser aportados por los profesionales de salud o profesionales especializados correspondientes a los déficits que le afecta a la familia.

Si la familia se adapta a los cambios producidos por la crisis, es capaz de seguir funcionando con normalidad y cumpliendo con su papel.

La valoración del entorno familiar se compone en un listado de 14 ítems que son:¹⁰

- Oxigenación: ventilación de la vivienda, contaminación ambiental.
- Movimiento: hábitos de ejercicio, higiene postural de los miembros.
- Nutrición: hábitos y estado nutricional de la familia, hábitos sociales respecto a la comida, facilidad de adquirir o preparar alimentos.
- Descanso y sueño: presencia de ruidos, adecuación de camas
- Eliminación: eliminación de residuos, posibilidad de preservar intimidad, hábitos de eliminación.
- Vestirse y desvestirse: costumbres familiares, posibilidad de usar vestimenta adecuada.
- Termorregulación: tipo de calefacción y refrigeración,
- Comunicarse: relaciones intrafamiliares, relaciones sociales,
- Higiene y protección de la piel: estado higiénico-sanitario del baño, hábitos higiénicos de la familia, condiciones del hogar.
- Evitar peligros: estado de salud de los miembros de la familia, estado y tipo de mobiliario, medidas preventivas para evitar accidentes.
- Vivir según sus creencias: sistema de valores
- Recreación: hábitos, disponibilidad de recursos para el ocio.
- Aprender: Nivel de instrucción, hábitos culturales, conocimiento para el autocuidado.

¹⁰ Roca Roger, Caja Lopez Ubeda Bonet. Enfermería comunitaria.2009

-Trabajar y realizarse: Trabajo de los miembros, disponibilidad de ingresos suficientes.

En caso de no adaptarse a la crisis debido a que los recursos propios o ajenos no son adecuados, la situación empeora, pudiéndose producir una disfunción familiar, con el riesgo de que otro miembro de la familia (el cuidador) se enferme o que el grupo familiar deje de cumplir sus funciones.

La familia es un pilar importante, en la recuperación de un niño que se encuentra internado por una lesión (quemadura), por ello destacamos la valoración del grupo familiar con todo lo anterior mencionado, para poder plantearnos una mejor atención en el cuidado, por parte del personal de enfermería y logremos juntos una pronta recuperación del niño.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PADRES DE NIÑOS QUEMADOS.

Sabemos q producto de las quemaduras y sus consecuencias se genera en el menor miedo a la muerte, a la desfiguración y al abandono naturalmente esto influye en la posible aparición de sintomatología ansiosa y depresiva y desde luego en el proceso de adaptación del niño a una quemadura.

Estas reacciones emocionales negativas si bien están presentes durante toda la evolución de la lesión se intensifican en el periodo de resocialización posterior a la quemadura. Esto se produce fundamentalmente en el curso de los dos primeros años después de ocurrido el accidente e influyen en ello, la necesidad de usar las prendas comprensivas, el estrés emocional para adaptarse a los cambios físicos y psicológicos, en ciertos casos a la cirugía reparadora y en fin, múltiples intervenciones que tienen q ver con el tratamiento y la rehabilitación en general.

La presencia y manifestación de estas reacciones negativas en el niño, se ven ciertamente influidas por la forma en que los padres se adapten a esta situación estresante (esto “debido a que ellos son el principal armazón para las adaptaciones hechas por el niño”), las reacciones de la familia y de los padres del niño cuando se enfrentan a una quemadura, señalando diversas etapas de ajuste.

Estas etapas se caracterizan en un primer momento por la desorganización, confusión y angustia; posteriormente y en algunos casos por fuertes sentimientos de culpa, en otros por rabia e impotencia. Estos estados emocionales provocarían un bloqueo en las habilidades parentales de acogida y entrega de afecto, como también en aquellas de control y guía de sus hijos.

Ya superada la crisis inicial, surgen conflictos relacionales entre los padres, también entre padres e hijos y con el niño quemado en particular, debido a una fuerte tendencia a la sobreprotección de éste. En otras ocasiones, se observan respuestas de negación y abandono hacia este niño “difícil” y “distinto” por parte de los padres, lo que se traduce en dificultades en el cumplimiento del tratamiento.

En una etapa final, los padres ejercitarían nuevas formas de relacionarse al interior de la familia e iniciarían una nueva organización, incorporando el tratamiento del niño, apoyando su reinserción social y avanzando hacia la aceptación de la secuela.

Estas reacciones emocionales manifestadas por los padres, recientemente señaladas, constituyen una de las principales fuentes de estrés infantil. “Se ha observado, que aunque los padres y familiares traten de ocultar estos sentimientos a través de un relato verbal que minimiza la situación relacionada con el suceso estresante, es la actitud emocional la que prevalece fundamentalmente e impresiona más al menor”. Esta influencia parental, generalmente se debe a que en los niños pequeños resulta de capital importancia la valoración que del suceso o la situación hagan los padres o criadores; una respuesta positiva de éstos puede amortiguar el impacto estresante sobre el niño; por el contrario, si el progenitor se muestra ansioso ante el acontecimiento, el niño fácilmente imitará la respuesta emocional del adulto, con lo que aumentará la probabilidad de que éste al enfrentarse de nuevo a una situación similar, muestre respuesta de afrontamiento ineficaces.

Además, sabemos que en la vida de un niño, los padres funcionan como un filtro protector que elabora las experiencias haciéndoselas más tolerables al menor.

Es por ello que la forma en que ambos padres afronten el accidente y posterior tratamiento, resulta fundamental en la ayuda que le puedan dar a su hijo a lo largo del mismo.

Por lo tanto, frente a los accidentes de quemaduras no se puede separar la reacción de los padres y el afrontamiento de la familia, de la reacción del niño.

Las reacciones de las personas ante una situación estresante, en éste caso una quemadura, recibe el nombre de “Estrategias de Afrontamiento”¹¹ se define este concepto, como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de la cultura del individuo”.

EL AFRONTAMIENTO CONSTA DE 8 DIMENSIONES¹²

Confrontación: La cual describe acciones directas orientadas a alterar la situación y sugiere un grado de hostilidad y toma de riesgo.

Distanciamiento: Se refiere a los esfuerzos cognitivos por separarse y minimizar el significado de la situación, por ejemplo, olvidar, negarse a tomar en serio la situación, comportarse como si nada hubiese ocurrido.

Autocontrol: Describe esfuerzos de regularse a sí mismo en cuanto a sus sentimientos y acciones, como por ejemplo, guardar los problemas para sí mismo y procurar no precipitarse.

Búsqueda de Apoyo Social: Describe los esfuerzos para buscar información de apoyo, soporte tangible y emocional en el entorno social.

Aceptación de la responsabilidad: La persona identifica su propio error en el problema y trata de corregir la situación (disculparse, criticarse a sí mismo).

¹¹ https://es.wikipedia.org/wiki/Estrategias_de_afrontamiento enciclopedia libre/artículo español.

¹² Estrategias de afrontamiento de padres de niños con secuelas visibles, Vol. XIII, N°2; Pag.51-62 2004

Escape—evitación: Describe esfuerzos, deseos y pensamientos de escapar o evitar la situación (esperar que ocurra un milagro, tomar alcohol o drogas, etc.).

Resolución Planificada de Problemas: Describe deliberados esfuerzos orientados al problema para alterar la situación. Se aprecia un enfoque analítico de resolver el problema (establecer un plan de acción y seguirlo).

Reevaluación Positiva: Describe esfuerzos de crear significados positivos de la situación al enfocarse en el desarrollo personal. Además, posee una dimensión religiosa que orienta a una interpretación positiva del problema.

Los padres poseen una variada gama de posibilidades de afrontamiento frente a un accidente de quemadura, la influencia que sus reacciones repercuten sobre las conductas y las emociones de sus hijos.

Entonces, es por todo lo expuesto que en esta investigación, nos hemos propuesto conocer los factores que influyen en el hogar y que desembocan directamente en el niño quemado, para tener conocimiento de la forma que se produjo el accidente para poder prevenirlo.

LA ENFERMERÍA

Teniendo en cuenta todo lo analizado en el presente trabajo creemos que enfermería debe estar preparada para enfrentar situaciones en las cuales tenga que brindar apoyo no solo al enfermo sino también al familiar que también sufre esta situación de complejidad.

El enfermero es un profesional independiente de su propio arte de cuidar, en la disciplina se orienta hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y su visión sobre el mundo. El cuidado está centrado en la independencia del paciente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o de su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados.

Como enfermeros es necesaria la formación en cuidados de pacientes quemados, para cubrir todas las necesidades del enfermo, familia y equipo terapéutico, que

posean conocimientos, las habilidades y las actitudes imprescindibles para tratar a este tipo de pacientes.

Como enfermeros se debe valorar:

- El tipo de enfermedad, problemática, repercusión en la persona afectada en las diferentes esferas de su vida personal, familiar y social.
- La existencia de ansiedad, sentimientos de desvalorización, de estigmatización, hostilidad, temor a la enfermedad y a sus consecuencias
- Creencias y valores personales y familiares.
- Limitaciones existentes para afrontar la incapacidad.
- La falta de conocimientos, situación de precariedad económica, situación geográfica de aislamiento o lejanía de los centros asistenciales.
- Sistemas de apoyo que dispone la persona y la familia.

Como objetivos principales el enfermero se plantea los siguientes:

1. Prevención.
2. Institución de medidas para salvar la vida de las personas con quemaduras graves.
3. Prevención de incapacidades y deformidades mediante el tratamiento inmediato, especializado e individualizado.
4. Rehabilitación del individuo mediante el cuidado reconstructivo y programas especializados.

Así podremos proporcionar cuidados de calidad que incrementen las probabilidades de supervivencia y fomenten una calidad de vida óptima.

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA (NIVELES DE PREVENCIÓN)

PROMOCIÓN DE LA SALUD

*** PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: La mayor parte de los accidentes que causan quemaduras, ocurren en el hogar, dependen principalmente del descuido e ignorancia de los padres de familia, trabajadores y así como también, de las travesuras de los niños.

*** INMUNIZACIONES : Es una manera segura y efectiva de protección que ayuda al cuerpo, en la prevención y rechazo de ciertas enfermedades.. Esto permite que el cuerpo produzca sus defensas (anticuerpo); que pelearan contra los microorganismos y continuaran en guardia contra la infección.

EL TETANOS: Es una enfermedad infecciosa aguda, que afecta el sistema nervioso. Es causada por un microorganismo llamado Clostridium Tetani, que penetra al cuerpo por una herida en la piel por pequeña que esta sea. El TOXOIDE estimula las defensas contra la enfermedad.

*** HIGIENE MENTAL, HIGIENE PERSONAL: Es el conjunto de cuidados que habitualmente debe conservar el individuo, para su persona, ya que nuestro cuerpo, debe estar aseado para protegerse y conservar su salud; y es básica para mejorarla. Estos hábitos de limpieza, deben aprenderse desde la niñez con la ayuda de los padres.

OBJETIVO: Prevenir enfermedades de mayor o menor gravedad.

Ya que una piel sucia es portadora de gérmenes y animales, dan origen a la incubación de estos y permiten su proliferación en el cuerpo, ocasionando un desequilibrio.

ESTADO NUTRICIONAL: La nutrición desempeña un papel importante, sobre todo en la recuperación del paciente quemado. Los alimentos en el hogar, deben estar sujetos también a normas higiénicas. Los alimentos en el hogar, deben someterse a procedimientos como la refrigeración, que impide el desarrollo de gérmenes.

SANEAMIENTO AMBIENTAL: La contaminación del aire, implica sin duda un riesgo para la salud. El aire puede estar contaminado por centenares de

sustancias. El purificarlo tiene como objetivo el mejoramiento del ambiente, estudiando las formas de contaminación del suelo, agua y del aire.

En particular comprende: agua potable, y su manejo, la disposición de excretas, higiene de los alimentos, desde su producción hasta su expendio al público, control de fauna, principalmente insectos y roedores, saneamiento de la vivienda, etc..

PROTECCIÓN ESPECÍFICA:

*** PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: Es un hecho que los accidentes se presentan en forma eventual e inesperadamente que puede causar la muerte o dañar la salud en forma temporal o permanente. La mayoría de los casos la ignorancia, el descuido y la irresponsabilidad provocan accidentes que pudieron evitarse. La lucha en contra de los accidentes, como en el caso de las enfermedades, tienen aspectos preventivos y curativos. Sus consecuencias, también se agravan y las complicaciones, se hacen más frecuentes si se deja pasar el tiempo sin atenderlos preventiva o curativamente.

*** SEGURIDAD INDUSTRIAL: Detecta circunstancias que facilitan los accidentes en el trabajo como son: El acto inseguro, condición insegura y el factor humano.

ACTO INSEGURO: Es la acción que se realiza en condiciones de poca seguridad en la limpieza, engrasado o reparación de maquinaria.

CONDICION INSEGURA: Se refiere al medio en que se trabaja y al estado de los elementos del trabajo.

** Local o equipo inapropiadamente construido.

** Local o equipo en malas condiciones.

** Falta de protección contra radiaciones.

*** LA PREVENCIÓN, a nivel escolar, enseñar a los niños los puntos básicos de la seguridad, contra incendios y orientar a los padres de familia sobre las medidas sencillas de seguridad, para prevenir incendios y quemaduras en el hogar como:

1.- Enseñar a los niños los puntos básicos de seguridad contra incendio, en cuanto sea posible.

2.- Nunca deje a los niños pequeños, solos.

- 3.- Conservar los quemadores y asadores de la estufa limpios, la grasa acumulada puede arder.
- 4.- No permitir la entrada de los niños a la cocina.
- 5.- No dejar al alcance de los niños recipientes con agua hirviendo, objetos explosivos o fósforos.
- 6.- Evitar que los niños introduzcan alambres en los circuitos eléctricos.
- 7.- Las telas delgadas que arden fácilmente, son peligrosas para las ropas de los niños.
- 8.- No colocar veladoras o velas encendidas dentro de la casa.

SANEAMIENTO DE LOS HOSPITALES: El concepto fundamental del saneamiento de los hospitales, no difiere con relación a los hoteles, escuelas y restaurantes; la diferencia está en las exigencias de limpieza y esterilización. Se toman precauciones en cuanto a la salida, alumbrado eléctrico y para reducir la posibilidad de incendios; y hacer más fácil el traslado del enfermo.

DIAGNÓSTICO PRECOZ:

Una historia clínica cuidadosa, es tan importante en la atención del paciente quemado, como en cualquier otro paciente. Aunque con frecuencia, se hace rápidamente; debe ser completa e incluir las circunstancias de la lesión.

EXAMEN FÍSICO: Es el estudio que se hace de las cualidades y circunstancias de la constitución y naturaleza corporal de una persona.

OBJETIVO DEL EXAMEN FÍSICO:

- 1-Prevenir las enfermedades y fomentar la salud.
- 2-Facilitar el establecimiento de un diagnóstico oportuno.
- 3-Auxiliar al médico durante el examen con un máximo de eficiencia. Mediante la preparación adecuada del paciente y del equipo.

MÉTODOS PARA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO: Hay varios métodos que pueden emplearse para obtener la información necesaria durante el examen físico. Como: El Interrogatorio, Inspección, Palpación, La Percusión y La Auscultación.

EL EXAMEN FÍSICO INCLUYEN: Toma de signos vitales como son:

Presión Arterial, Pulso, Respiración y Temperatura también Apariencia General, Estado General, Estado de Lucidez, Circulación Periférica, Peso y Talla del paciente.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL EXAMEN FÍSICO:

Preparación de la sala y del equipo. En el examen físico puede realizarse en un consultorio externo, o en la sala de hospitalización o en la unidad del paciente. Uno de los aspectos más importantes es la iluminación, que de preferencia puede ser natural, y la temperatura de la habitación. El equipo se ordena sobre una bandeja colocada sobre una mesa rodante cerca de la mesa de exploraciones y de acuerdo con el examen que se va a realizar.

RAYOS X. Es un examen mediante rayos X que es muchas veces imprescindible, para llegar a un diagnóstico exacto. Mediante estas placas, se detectan zonas de mayor densidad, producidas por tumores, cuerpos extraños.

También se emplea en el examen físico máquinas que efectúan trazos de las cargas eléctricas, producidas por las actividades del músculo cardíaco o sea el **ELECTROCARDIOGRAMA:** Es un instrumento que sirve para registrar en papel, la actividad eléctrica del corazón.

OBJETIVO: Actuar a tiempo, para prevenir o corregir el paro cardíaco. Asegurar la cooperación del paciente y reducir su ansiedad con explicaciones cuidadosas.

También se utilizan en el examen físico las pruebas de laboratorio, que son de vital importancia para establecer un diagnóstico. Estas son: Exámenes de orina, sangre, materias fecales, contenido de cavidades, de exudado de heridas, y de pequeñas partes de un tejido (Biopsia) etc.

EXAMEN DE LABORATORIO: Determinar los gases en sangre y PH, Arterial y Venosa.

ANÁLISIS DE SANGRE: Una vez obtenida una muestra de sangre por punción de alguna vena, es importante analizar sus diferentes componentes. BH, QS, TIEMPO DE COAGULACIÓN, TIEMPO DE HEMORRAGIA Y TP, PROT. TOTALES ETC.

ANÁLISIS DE ORINA: Se suele mandar al laboratorio, una muestra de orina emitida por la mañana. En la orina, después de la inspección del color y olor, se

determina su acidez y densidad. Lo importante es la determinación de la presencia de sustancias anormales.

TRATAMIENTO OPORTUNO:

En las quemaduras leves solo es necesario combatir el dolor local. Si se presenta ampollas, bajo ningún concepto deben abrirse, pues puede provocarse una infección purulenta. Solo con medios quirúrgicos por el médico, cuando éste lo considere necesario, cabe su apertura.

En las quemaduras de primero y segundo grado, el tratamiento local incluye una limpieza cuidadosa y la aplicación de vendajes especiales, con pomadas y antibióticos en polvo. Es necesario dejar cubiertas las heridas, ya que la exposición al aire provoca un intenso dolor. En caso de quemaduras más extensas y graves, la hospitalización debe ser inmediata. Deberán ser administradas al quemado grandes cantidades de líquidos, para forzar la eliminación renal de los productos tóxicos y contrarrestar la pérdida de líquidos por evaporación en las heridas abiertas, los graves síntomas generales que pueden tener consecuencias fatales.

Es muy importante cuidar la fase de cicatrización manteniendo una inmovilización postural, para evitar que el tejido cicatricial deforme la parte afectada. En casos de grandes cicatrices retráctiles no cabe más que la cirugía plástica reparadora.

Existen dos formas principales de tratamiento hospitalario para los casos más graves de quemaduras.

METODO CERRADO: Consiste en colocar al paciente compresa estériles, a menudo con gasas especialmente preparadas. Su propósito es cubrir la herida abierta, para protegerla de la infección.

VENTAJAS:

1-La aplicación de estas compresas favorece a las células de la piel, y proporcionan confort al paciente.

2-El paciente va a requerir: cambios frecuente de vendaje, curaciones, cuidados que los apósitos estén secos, que no haya alteraciones en la temperatura, el estado general.

3-El apósito oclusivo, previene la invasión de bacterias e inmoviliza el área quemada procedente del medio ambiente

METODO ABIERTO O DE EXPOSICIÓN: En este método el paciente es colocado sin vendajes en una tienda especial estéril, exponiendo la quemadura a la acción secante del aire, en vez de la aplicación de vendajes. Es el método preferido para tratar quemadura de la cabeza, cuello, genitales y perineo. Es también adecuada para quemaduras limitadas del lado del tronco o la extremidad.

VENTAJAS:

- 1-Al exponerse al aire, un coagulo del suero sella la herida de la quemadura.
- 2-No hay dolor al cambiar los apósitos.
- 3-No se expone al paciente al peligro de la anestesia repetida o cambiar los apósito sin anestesia.
- 4-Si apareciera infección puede ser diagnosticada oportunamente pues las heridas se observan de modo directo.
- 5-Facilita estudio de exudados.
- 6-Se necesita menos tiempo y menos equipo para asear la piel durante un periodo de urgencias.

TECNICA DE AISLAMIENTO

FINALIDAD: Proteger de infección al paciente y detener la diseminación del agente infeccioso, mediante aislamiento estéril o protector. Con este método se busca conservar al individuo, en un nivel de asepsia semejante al de un quirófano.

OBJETIVO BASICO DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN RELACION A LAS INFECCIONES.

- 1-Prevenir la Infección.
- 2-Controlar la Infección.
- 3- Asegurar la comodidad, seguridad y bienestar psicológico del paciente.

LIMITACIÓN DEL DAÑO:

* **CONTROL ESTRICTO DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS;** Es la medición exacta de los líquidos que penetran al organismo y los que elimina.

- 1- Valorar el estado general del paciente.
- 2-Ayudar a-establecer el diagnostico.

3-Valorar la necesidad de aumentar o reducir la administración de líquidos.

OBJETIVOS:

1-Anotar en forma exacta la ingestión y excreción.

2-Informar de las diferencias al médico.

3-Motivar la cooperación del paciente para llevar el registro de ingestión y excreción.

REHABILITACIÓN:

El objetivo de la rehabilitación es devolver al enfermo a un sitio productivo en la sociedad, con los mejores resultados emocionales, estéticos y funcionales posibles. El sostén emocional posible se suministra durante todo el periodo posterior a la quemadura. Cuando se comienzan ejercicios pasivos, seguidos de ejercicios activos, el tratamiento en grupo asegura que la enfermera, el kinesiólogo y el médico, trabajan hacia los mismos fines.

El enfermo se llevará al servicio de rehabilitación cuando pueda asumir una responsabilidad cada vez mayor de su propio cuidado, lo cual se hace poco a poco, por valoración diaria continua de su proceso.

Es necesario seguir cambiando apósitos y se prestará atención a las zonas cicatrizadas, pues en esta etapa el tejido de granulación es hipersensible y tierno. Se aplican apósitos de protección u otros materiales en zonas que puedan lesionarse fácilmente. Para reblandecer las costras se aplica una crema o loción lubricante. Puede aplicarse una férula o soportes funcionales a las extremidades, para dominar las contracturas.

En esta etapa de la recuperación se hacen intentos de establecer un balance nitrogenado positivo o anabólico, para estimular la cicatrización.

Se logra dicho balance por medio de una dieta hipercalórica rica en proteínas.

Una complicación posible que puede aparecer semanas después de la quemadura es la formación de hueso heterotópico¹³ “aparición de depósito de calcio en los tendones, aire alrededor de las articulaciones”, una manifestación temprana de la osificación que comienza, es la pérdida de la función articular.

¹³ Definición, Diccionario Larousse ilustrado 1993

Las pruebas de laboratorio que pueden indicar la calcificación señalada, son aumento de la fosfata alcalina y disminución del calcio sérico.

Cuando las radiografía confirman la presencia de hueso deformado y parece que ha cesado su formación, puede intentarse la corrección quirúrgica, que no suele hacerse antes de seis meses de haber sufrido la quemadura.

Después del método pueden necesitarse férulas, hidroterapia y ejercicio para recuperar la actividad funcional de la zona.

POSICIÓN Y MOVILIZACIÓN ADECUADAS:

Los principios básicos por lograr son prevenir neumonía, dominar el edema e impedir que aparezcan úlceras por decúbito y contracturas. La posición del paciente especialmente las de las partes quemadas del cuerpo, se vigila frecuentemente durante el día y la noche en cuanto a su alineación óptima, que puede sufrir muy rápidamente contractura. Hay que rotar al paciente cada 2 a 3 horas para prevenir congestión respiratoria y estasis circulatoria. A causa del edema las extremidades quemadas se elevan sobre almohadas u otra forma de apoyo durante la fase inicial. Se presta frecuentemente atención a la alineación corporal, como se cito antes para prevenir las contracturas por flexión, la rotación de muslo hacia fuera y pie caído. Las partes quemadas que contienen articulaciones se mueven en toda su amplitud de movimiento, tan pronto como sea posible y lo indique el médico.

TRATO CON EL PACIENTE Y FAMILIARES:

La comunicación del personal del hospital con los pacientes y con sus familiares debe transmitirse con trato cortés, amistoso y franco de esta manera favorecerá al plan de recuperación del paciente internado.

El paciente que sufre quemaduras tiene muchos temores por lo que tranquilizarlo verbalmente será muy útil para disipar su ansiedad, la familia también colaborará en mayor grado si se le da un enfoque honesto del estado del paciente, al igual que una explicación clara de los métodos necesarios y de las complicaciones, además cabe anticipar en el tratamiento de una lesión grave.

CUIDADOS EN EL ASPECTO EMOCIONAL:

Un paciente con quemaduras graves desde el momento que sufre la lesión, experimenta problemas de adaptación; temor de no poder sobrevivir, temor a la desfiguración, dolor físico y convalecencia prolongada, también influye la separación de la familia, el temor al rechazo y la dependencia.

Estos factores lo pueden deprimir intensamente respondiendo mal a los procedimientos quirúrgicos y presentar incapacidad para sanar correctamente.

Mientras el niño esté hospitalizado, todos los esfuerzos se deben dirigir a minimizar el impacto del hospital con el objeto de lograr un mejor ajuste psicológico.

Las visitas paternas son importantes para mantener los vínculos con el hogar; algunos niños son conscientes de que sus padres saben todo lo que les ocurre. Para algunos (en edad escolar y adolescentes), no es esencial la presencia de la madre, pero en cambio para otros (los de pre-jardín, jardín y lactantes) si, mientras lleguen a la adaptación.

COMO AYUDAR AL PACIENTE A ENFRENTARSE A SU SITUACIÓN Y ASI MISMO A CONTRIBUIR A SU BIENESTAR:

- a) Hacerle sentir que se lo comprende.
- b) Ayudarlo a exteriorizar sus sentimientos.
- c) Crear una relación de apoyo con el paciente.
- d) Conservar una actitud amable y optimista.
- e) Estimular al paciente para que colabore en todos los procedimientos que se le efectúen.
- f) Y lo que es importante incluir a la familia en la asistencia del paciente (en cuanto sea posible).

CAPITULO 2

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO: Trabaja sobre una realidad de hecho y especifica las propiedades importantes de las personas y el fenómeno (variable). Sometido a análisis para luego medirlas con el fin de llevar a cabo un diagnóstico de los mismos.

CORRELACIONALES: También tienen como propósito medir el grado de relación e interacción que existe entre dos o más variables entre si posteriormente esta correlación se somete a análisis, pudiendo ser negativa o positiva. Así permite anticipar como se comparará una variable por medios de los cambios que sufra la otra.

TRANSVERSAL: Apunta a un momento y un tiempo definido y determinado.

CUANTITATIVO: Se cuantificaran los datos obtenidos en las entrevistas.

AREA DE ESTUDIO

El Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti es el de mayor complejidad en su tipo en la región central de nuestro país y la zona cuyo, está ubicado en la calle Bandera de los andes 2603, del distrito de Villa Nueva, perteneciente al departamento de Guaymallén de la provincia de Mendoza.

Este nosocomio tiene como objetivo central al niño y su familia, su salud, su bienestar durante la enfermedad y sus necesidades asistenciales, como así también durante su recuperación y rehabilitación. Brinda además planificación de actividades asistenciales, docentes y de investigación. Cuenta además con los servicios de internación SIP I, II, III, IV, V, ACQ, Terapia Intensiva Abierta, Terapia Intensiva Cerrada, Recuperación Cardiovascular, Neonatología, Servicio de Guardia y urgencia, cinco islas para atención ambulatoria, cuatro de clínica y una de cirugía.

UNIVERSO:

Se tomara como universo de estudio, las familias que concurren al servicio de guardia de este nosocomio y el servicio de ACQ (Área Critica Quirúrgica) que es

el lugar donde se internan los niños que presentan quemaduras en sus distintos grados, durante los meses de abril, mayo, junio del año 2016.

MUESTRA:

Se trabaja con una totalidad de 30 familias de los niños afectados por alguna situación de accidentes domésticos como las quemaduras, de 1 a 14 años.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

La unidad de análisis será cada una de las familias de los niños afectados por accidentes domésticos (quemaduras) ya mencionados, en la institución ya nombrada, en los lapsos de tiempo pautados y que reúnan las características que basan nuestra investigación.

HIPOTESIS:

Son parte de la hipótesis: cada uno de los niños que han sufrido quemaduras y el desconocimiento de medidas preventivas, por parte los encargados del cuidado de estos menores y condiciones de la estructura de la vivienda pueden ser causas de quemaduras en el hogar.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

Niños que han sufrido accidentes domésticos (quemadura):

- Composición familiar del paciente quemado.
- Características de la vivienda.
- Factores predisponentes
- Situación de ocurrencia.

VARIABLE TEÓRICA:

COMPOSICIÓN FAMILIAR DEL PACIENTE QUEMADO: Es aquel niño, que ha sufrido accidente doméstico en este caso una quemadura, ya sea cualquiera el factor que lo predisponga o cualquiera la causa que lo produzca, el cual tiene una edad determinada, sexo determinado, etc.

CARACTERÍSTICA DE LAS VIVIENDA: Se describirá el tipo de material (ladrillos, adobe, precaria) calefacción (gas natural, gas envasado, a leña) ubicación (urbana, periurbana, rural) ambientes (cocina, comedor, Cocina-comedor, baño, número de habitaciones).

FACTORES PREDISPONENTES: Son todos aquellos elementos que constituyen a la predisposición de agentes que puedan llegar a poner en riesgo la vida de estos niños como por ejemplo: las características de la vivienda, el tipo de calefacción que tienen, la ubicación que esta presenta, la composición de los ambientes en la que habita, etc.

SITUACIÓN DE OCURRENCIA: En este punto se debe tener en cuenta el agente causante de la quemadura ya sea agua, comida, calefactores, fuego directo, descarga eléctrica, productos de limpieza, ácidos, soda caustica, productos químicos y el tipo de quemadura.

ESQUEMA DE LAS VARIABLES

Variable	Variables intermedias o dimensiones	Indicadores
Composición familiar del paciente	Niño.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Sexo.
	Padres.	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de instrucción. • Convive en el hogar. • Trabaja. • Presenta conocimiento. sobre prevención de Quemaduras.
	Personas que Conviven.	<ul style="list-style-type: none"> • Total de miembros. • Menores de 10 años.
	Encargado del cuidado de los menores.	<ul style="list-style-type: none"> • Padres. • Padrastros. • Hermanos. • Abuelos. • Tíos. • Otros.
Características de la vivienda	Material.	<ul style="list-style-type: none"> • Ladrillos. • Adobe. • Precaria.
	Calefacción.	<ul style="list-style-type: none"> • Gas natural. • Gas envasado. • Con leña.
	Ubicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana. • Periurbana. • Rural.
	Ambientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Cocina. • Comedor. • Cocina-comedor. • Baño. • Nº de habitaciones.....

Factores predisponentes	Agente causante.	<ul style="list-style-type: none"> • Agua. • Comida. • Calefactor • Fuego. • Eléctrica • Producto de limpieza • Ácidos. • Soda cáustica. • Producto químico.
Situación de ocurrencia	Horarios en que se produjo la quemadura.	<ul style="list-style-type: none"> • De 7 a 11. • De 12 a 16. • De 17 a 20. • De 21 a 24. • Por la noche

TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a utilizar será una entrevista abierta a cada familia cuyo niño haya sido afectado por una quemadura en los servicios puestos en el estudio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se usará unas encuestas anónimas, estructurada y cerrada, con opciones múltiples, de una opción correcta, de criterio propio y con esquemas de dibujos muy sencillos.

RECOLECCION DE DATOS

La realizarán los propios autores por medio de encuestas anónimas a los encargados del cuidado, del niño hospitalizado. Los recursos materiales y humanos están a cargo de los investigadores. La recolección de la información se realizará desde abril a junio del 2016.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos recolectados serán obtenidos a partir de fuentes primarias, es decir que serán brindados por las mismas personas involucradas de alguna manera, en el tema sobre el tema en estudio.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez recolectada la información se procederá a codificarla para luego ordenarla en una matriz de datos y después se procederá a la tabulación de los datos. Se presentará la información en cuadros de frecuencia relativa, absoluta, gráficos y tortas.

ANÁLISIS

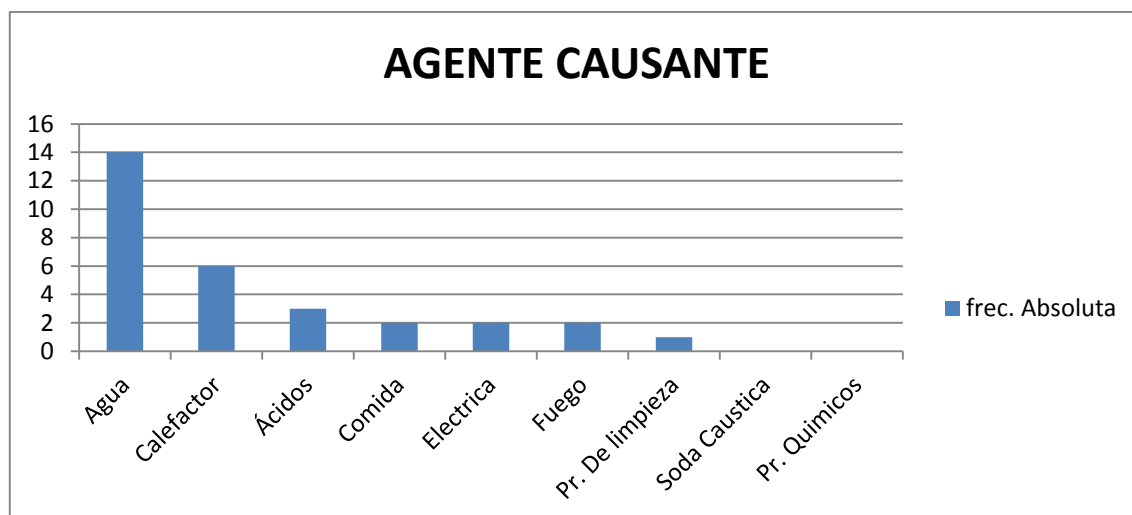
Consiste en el análisis e interpretación de la información, así como el establecimiento de las relaciones entre las distintas variables y dimensiones de manera bivariadas. A partir de éste análisis se elaborarán las conclusiones.

TABLA N°1: Agente causal de quemaduras, internados en los servicios del Hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016.

Agente causante	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Agua	14	46%
Calefactor	6	20%
Ácidos	3	10%
Comida	2	7%
Eléctrica	2	7%
Fuego	2	7%
Prod. De limpieza	1	3%
Soda Caustica	0	0%
Prod. Químicos	0	0%
Total	30	100%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 1:



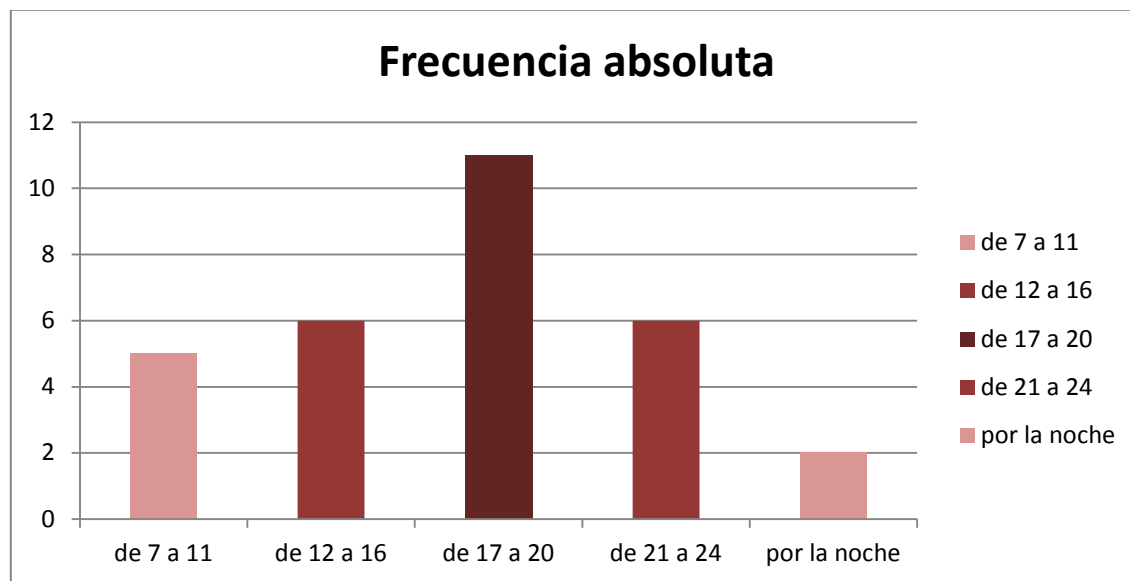
COMENTARIO: El agua caliente es el mayor agente que produce quemaduras en niños internados en casi la mitad de su totalidad.

TABLA N°2: Se establecieron los diferentes intervalos para conocer los horarios en que se produjeron las quemaduras de los niños internados los servicios del Hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016.

Hora	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
de 7 a 11	5	17%
de 12 a 16	6	20%
de 17 a 20	11	36%
de 21 a 24	6	20%
por la noche	2	7%
Total	30	100%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 2



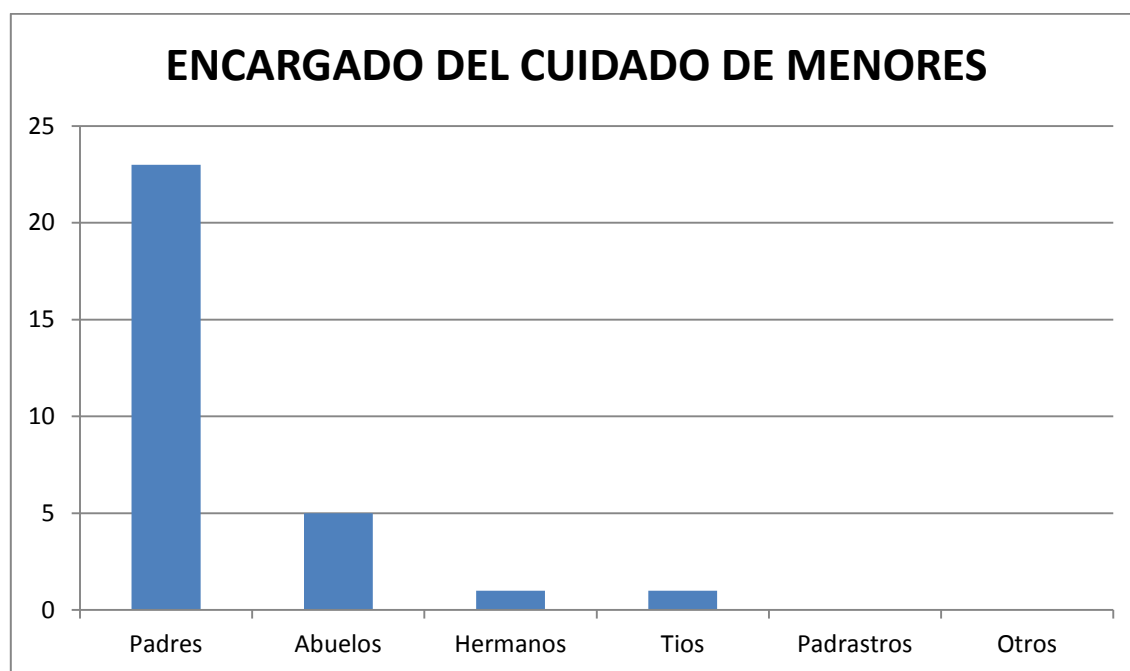
COMENTARIO: El 36% de las quemaduras se produjeron por la tarde, dejando como menor horario de ocurrencia la noche después de las 24 hs.

TABLA N°3: Encargado del cuidado de menores de 13 años en el hogar de los niños internados en los servicios del Hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016.

Encargados de Menores	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Padres	23	77%
Abuelos	5	17%
Hermanos	1	3%
Tíos	1	3%
Padrastrros	0	0%
Otros	0	0%
Total	30	100%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 3:



COMENTARIO: En los resultados de la encuesta realizadas la mayoría de los menores son cuidados por sus padres y en menor cantidad abuelos y tíos.

TABLA N°4: Nivel de conocimiento en cuidadores de pacientes internados sobre medidas preventivas de quemaduras, en los servicios del Hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016.

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
0 en 5	6	20%
1 en 5	5	17%
2 en 5	10	34%
3 en 5	4	13%
4 en 5	4	13%
5 en 5	1	3%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 4:



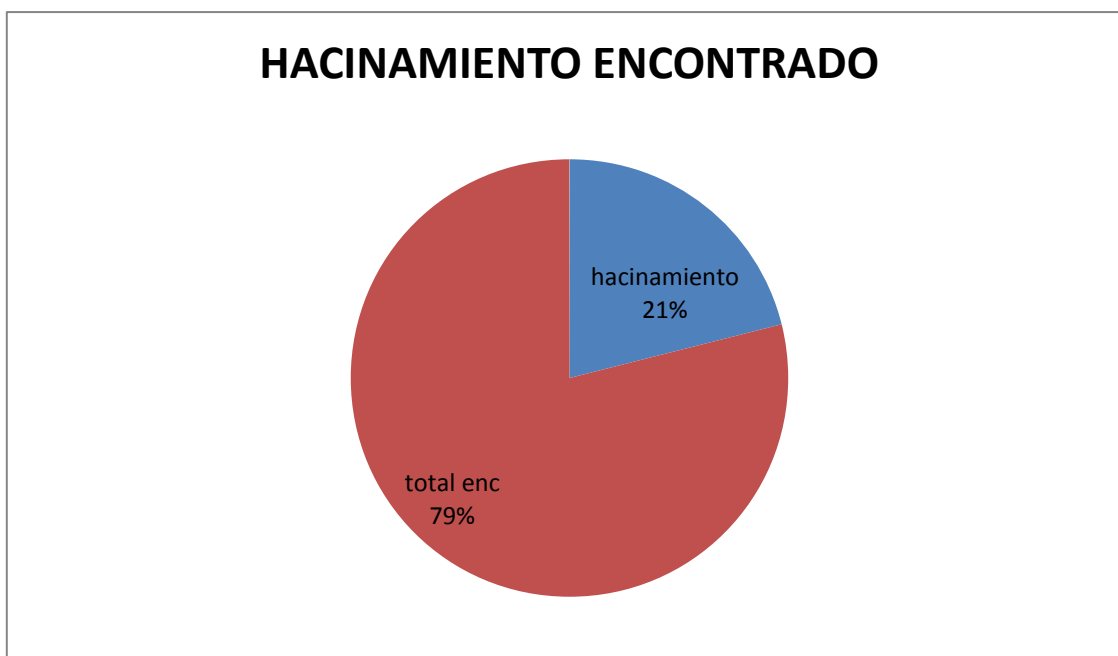
COMENTARIO: Solo 1 persona de 30 encuestados supo responder correctamente a 5 preguntas realizadas con respecto a la prevención de quemadura, siendo el rango de mayor porcentaje los que respondieron 2 respuestas correctas de las 5 preguntas.

TABLA N°5: Para poder valorar si existe hacinamiento en las familias de niños quemados, se tomó en cuenta las personas que habitan en el hogar con respecto al número de habitaciones que posee la vivienda , de los familiares encuestados en los servicios del hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016.

Personas que habitan en el hogar	Números de habitaciones
9	3
8	2
8	2
7	1
7	1
6	1
6	2
6	2

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 5:



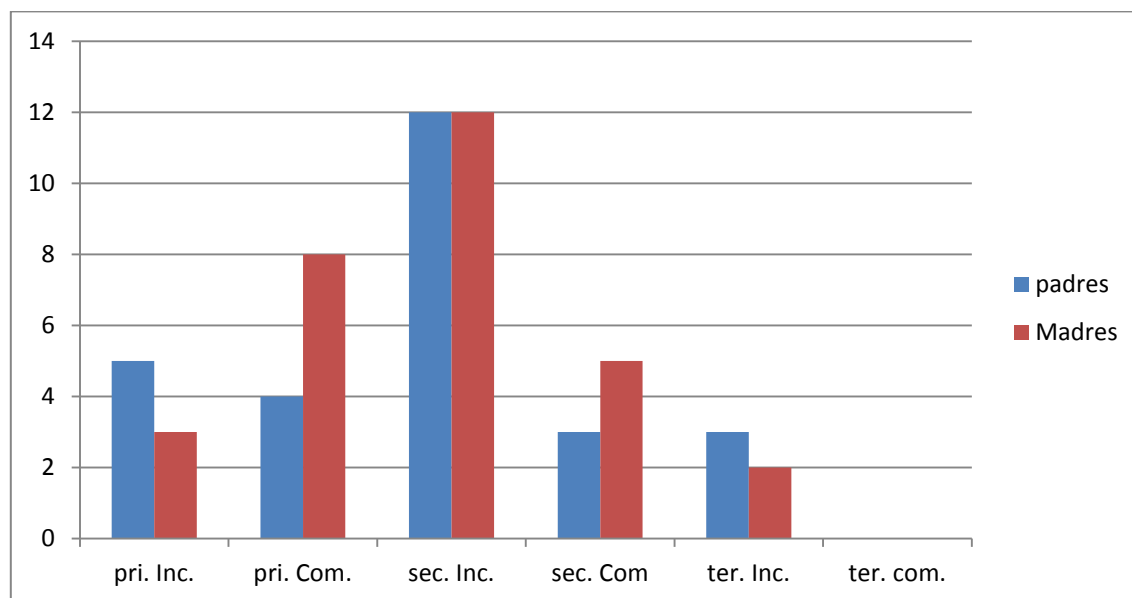
COMENTARIO: El porcentaje encontrado es el 21%, lo que equivale a 8 familias de 30 encuestados.

TABLA BIVARIADA N°6: Escolaridad de los padres encuestados de niños internados en el Hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016.

Escolaridad	Padres	Frecuencia relativa	Madres	Frecuencia relativa
Primaria incompleta	5	19%	3	10%
Primaria completa	4	15%	8	27%
Secundaria incompleta	12	44%	12	40%
Secundaria completa	3	11%	5	17%
Terciario incompleto	3	11%	2	6%
Terciario completo	0	0%	0	0%
Total	27	100%	30	100%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 7:



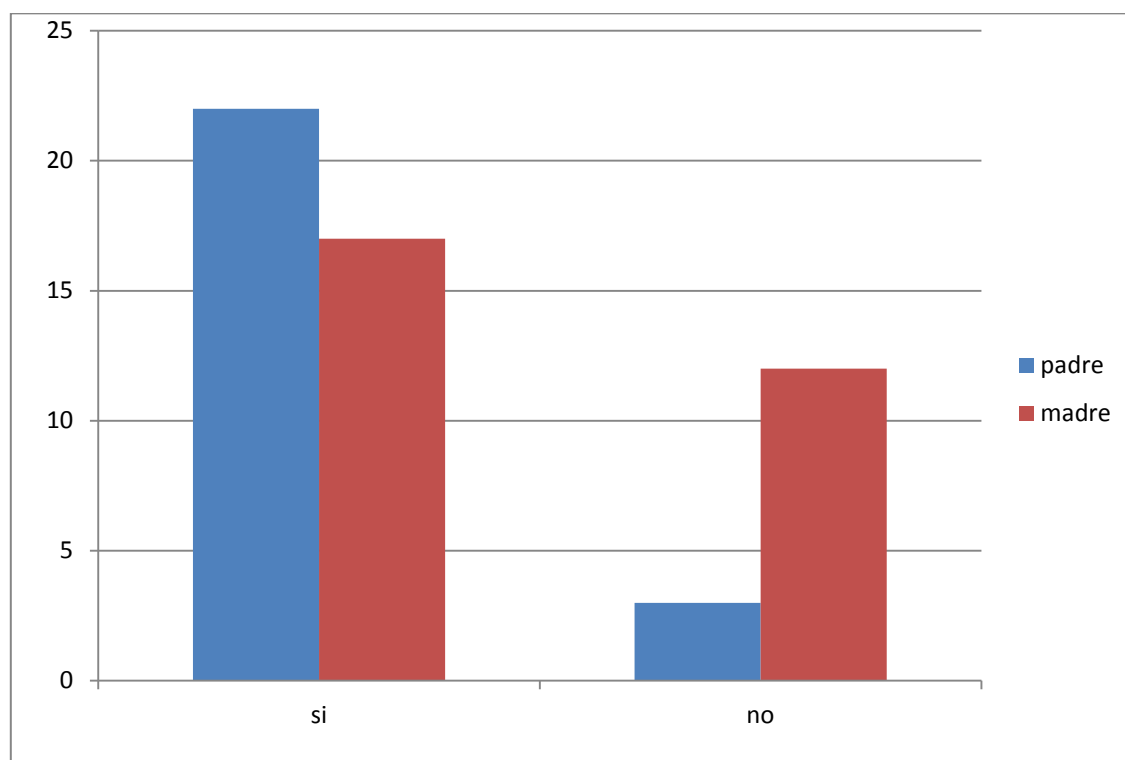
COMENTARIO: La mayor proporción de padres encuestados tienen secundario incompleto dejándolos solo con el primario completo, y en un 19% en padres y un 10% en las madres no ha terminado los estudios primarios y ninguno de ellos posee estudios terciarios.

TABLA BIVARIADA N°7: Conocer si padres y madres de los niños internados en los servicios del hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016 poseen estabilidad laboral.

Padres Trabajan	Padre F.A.	Padre F.R.	Madre F.A	Madre F.R
si	22	88%	17	59%
no	3	12%	12	41%
total	25	100%	29	100%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 7:



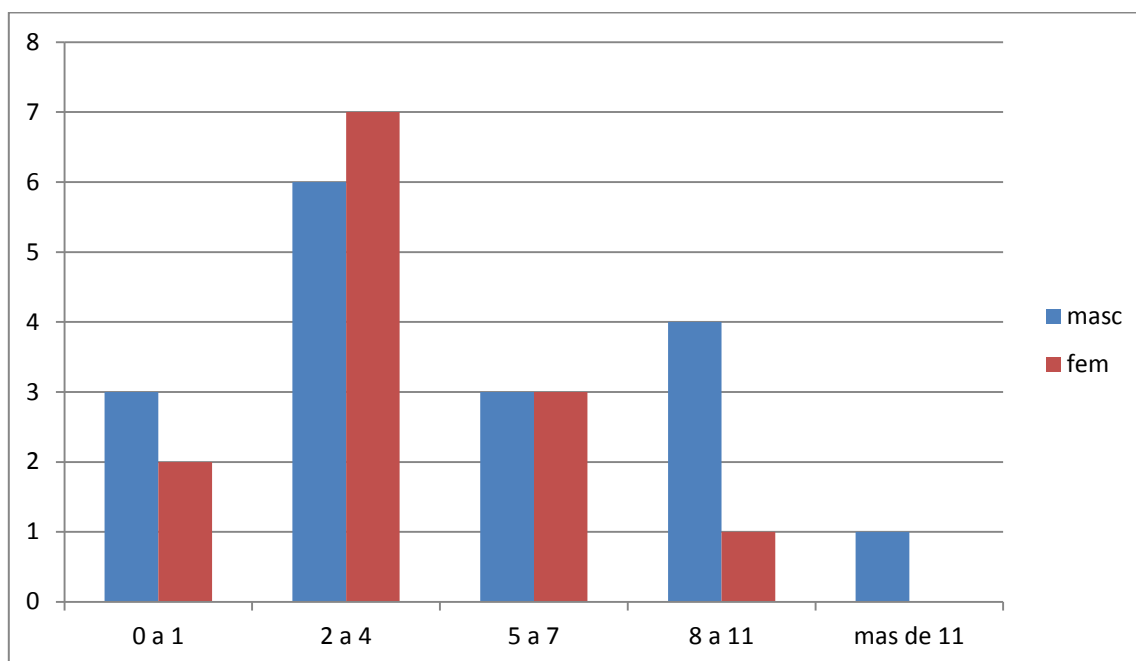
COMENTARIO: La mayoría de los padres y madres que conviven con los niños en su hogar poseen trabajo, en mayor cantidad a los padres solo 3 de 25 padres no poseen trabajo. Y se encontró que 11 de 30 familias encuestadas deben trabajar ambos padres en el hogar.

TABLA BIVARIADA N°8: Niños que sufrieron quemaduras en el servicio de ACQ del hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016, diferenciados por sexo y edad.

Casos sexo	Masculino F.A.	Frecuencia relativa	Femenino F.A.	Frecuencia relativa
0 a 1	3	18%	2	15%
2 a 4	6	35%	7	54%
5 a 7	3	18%	3	23%
8 a 11	4	23%	1	8%
más de 11	1	6%	0	0%
Total	17	100%	13	100%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 8:



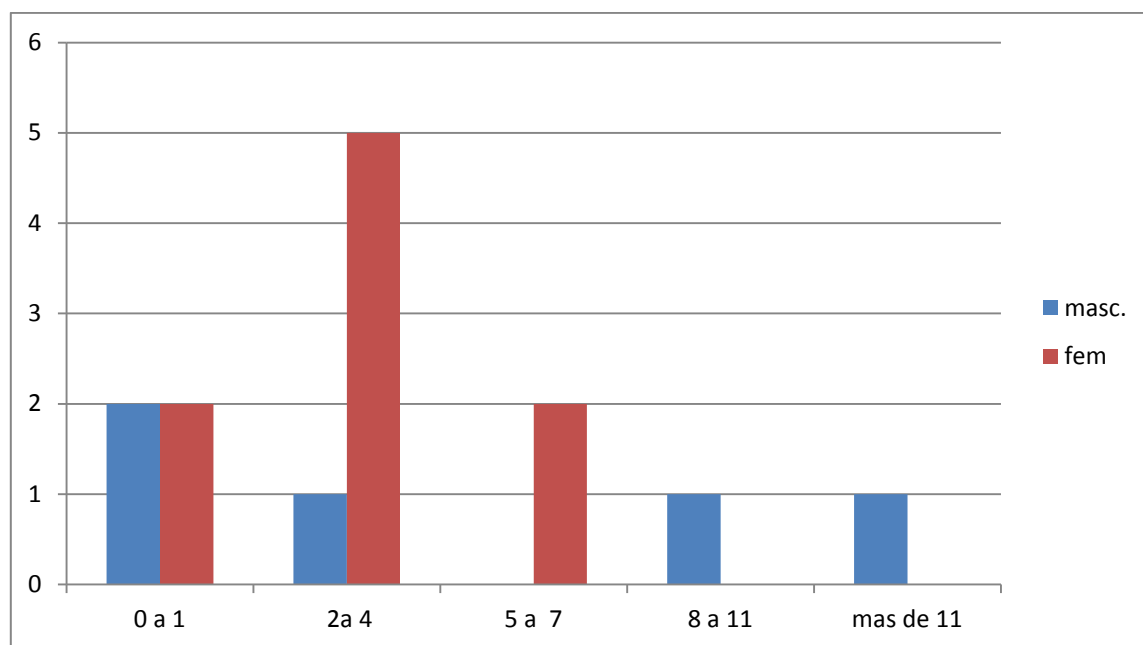
COMENTARIO: En el primer intervalo se estableció parámetros de edades 0 a 1 año, porque se considera que el niño no camina ni se puede desplazar por sus propios medios, dejando a los niños de 2 a 4 años como las edades más afectadas por la quemadura.

TABLA BIVARIADA N°9: Niños quemados con agua caliente que es el mayor agente causante que produce quemaduras en el servicio de ACQ del hospital Dr. Humberto Notti en el segundo trimestre del 2016, diferenciados por sexo y edad.

Quemaduras por Agua	Masculino F.A.	Frecuencia relativa	Femenino F.A.	Frecuencia relativa
0 a 1	2	40%	2	22%
2a 4	1	20%	5	56%
5 a 7	0	0%	2	22%
8 a 11	1	20%	0	0%
más de 11	1	20%	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas, por los propios autores del presente estudio a los acompañantes de niños internados en el H. Notti.

GRÁFICO N° 9:



COMENTARIO: 4 casos de quemaduras por agua se produjeron de 0 a 1 año de edad dos mujeres y 2 varones, también podemos apreciar que la mayoría de quemaduras en los primeros años de vida se producen en niñas y los casos en varones aumentan a partir de los 8 años.

CAPITULO 3

CONCLUSIÓN

En el análisis de los resultados obtenidos de los datos relevantes en relación de las variables observadas se puede concluir en que:

En cuanto al sexo de los datos obtenidos dieron como resultado un 57%, son varones los más afectados con quemaduras por encima del promedio de las niñas.

La relación de las edades en los porcentajes se ha obtenido en el análisis es que los más pequeños son los más afectados, los menores de 5 años los cuales están propensos, a sufrir accidentes por quemaduras. Esto se asocia al comportamiento más arriesgado de niños por lo que necesitan más cuidados por parte de sus padres.

Se comprobó que el principal agente causal por la que ingresan los niños al Hospital Pediátrico "Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti" son los líquidos calientes, seguido de aparatos electrodomésticos como el calefactor.

En cuanto al cuidado de los niños los responsables, son mayoritariamente los padres en un gran porcentaje, viendo reflejado los resultados que también esos padres trabajan tanto madres y como padres. Son familias de padres jóvenes con más de dos hijos.

En el nivel de instrucción, se observa que existe un nivel de formación en los padres encuestados, en predominancia con secundario incompleto, relacionándolo con las preguntas de conocimiento básico que se les realizó, los resultados fueron muy dispares, obteniéndose como resultado un escaso conocimiento por parte de los padres en los cuidados, para evitar quemaduras. Solo uno de los 30 encuestados respondió todas las preguntas correctas.

En cuanto al horario en que se produjo el accidente, es en los horarios diurnos con un 36% en la tarde (16 a 20 hs).

Con respecto a la vivienda en que habitan la familia del niño afectado nos encontramos que la mayoría posee baño, son viviendas de material, se ubican en zonas urbanas, de tamaño pequeño que los integrantes de la familia comparten espacios como habitaciones y cocina- comedor, son de 2 habitaciones la mayoría, aproximadamente la mitad de los encuestados posee la instalación de gas natural.

Son necesarias medidas preventivas pasivas enfocadas en el ambiente domestico, tales como la modificación del diseño de las zonas de la casa para cocinar y comer, una mayor seguridad de las teteras eléctricas y dispositivos de control de la temperatura del agua. También, la enseñanza en las escuelas que ofrezca orientación a los niños, puede contribuir para prevenir accidentes, ya que los niños son bastante sensibles y abiertos a nuevas informaciones.

PROPUESTAS DE ACCIÓN

Como autores del presente trabajo de investigación y como futuros Licenciados en enfermería, consideramos que sería importante proponer algunas sugerencias que si se llevan a cabo con éxito se obtendrán mejores resultados.

-Desde el punto de vista de enfermería comunitaria e los distintos centros de salud podemos sugerir:

- Colocar cartelera (afiches) informando y sobre todo haciendo prevención de los distintos accidentes que pueden ocurrir en el hogar, dentro de ellos quemaduras.
- Entregar folletería sobre los cuidados más importantes que se debe tener desde el momento en que hay un niño en el hogar.
- Organizar charlas educativas sobre prevención de accidentes domésticos en general (que se puedan tomar mientras los padres aguardan a ser atendidos por los profesionales de la salud).

-Cuando se habla específicamente de quemaduras y dentro de ellas la más notoria son aquellas producidas por agua caliente:

- Evitar cocinar en las primeras hornallas de la cocina.
- Cocinar con los mangos de sartenes u ollas hacia adentro, nunca hacia afuera, para evitar que los niños los agarren.
- No cocinar con los niños pequeños en los brazos.
- No tomar mate u otra infusión con los niños en los brazos.

-En el caso de que algunas familias no asistan al centro de salud frecuentemente:

- Se puede contar con la ayuda de algún agente sanitario que realice las visitas correspondientes en sus domicilios.
- De este modo también se los puede informar y prevenir en el hogar a cerca de esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- **Roca Roger, Caja López, Úbeda Bonet**, 2009 “Enfermería comunitaria/ elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria” Editorial Monsa Prayma. Madrid España.
- **Masson- Salvat**, 1995 “Enfermería Anatomía y Fisiología”. Tomo 1 y Tomo 2 Editorial: Ediciones Científicas y Técnicas S.A Edición: Serie manual de Enfermería. Barcelona- España.
- **Manejo inicial del niño quemado** 2014. Universidad de Chile. Servicio Salud Metropolitano Norte. Facultad de Medicina Autores: Felipe Sánchez Correa. Dra. Paulina Menchaca Dra. Carmen Gloria Roston. Editorial Revista Pediatría Electrónica.
- **Robert Porter- Justin Kaplan** 2014 “El manual de Merck” Medicina Interna Novena Edición cap. 257. pág. 2761. Quemados. Editorial Panamericana.
- **Brunner y Suddart**. “Enfermería Médico Quirúrgica” Novena Edición. Volumen II. Tratamiento de pacientes con quemaduras. Capítulo 53 Página 1696-1728.
- **Murrini A., Basílico H., Guarracino F., Demirdjian G.**, 1999 “Manejo inicial del Paciente Quemado Pediátrico” Editorial: Hospital Nacional de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan Formosa 536. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.
- **Jong, E.** 2001. “Trabajo Social, Familia e Intervención”. En: La familia en las labores del nuevo milenio. Reflexiones Interdisciplinarias. Espacio Editorial. Buenos Aires. Pág. 11-36
- [Http/es. Wikipedia. Org/w/index. Php](http://es.wikipedia.org/w/index.php) = Pacientes – quemados- definición/ la enciclopedia libre/ articulo/ español.
- **Apuntes** de la cátedra de Investigación, Escuela de Enfermería U.N.Cuyo. 2015
- **Apuntes** de cátedra de Enfermería Comunitaria, Escuela de Enfermería U.N.Cuyo. 2014

ANEXOS

ENCUESTA

La presente encuesta tiene como fin, un objetivo: obtener datos para realizar la tesis del ciclo de Licenciatura en Enfermería en la Escuela de Enfermería. F.C.M. UNCUYO. Esta encuesta es anónima. Agradecemos su colaboración.

Edad del niño..... Sexo: masculino () femenino ()

Agente causante de la quemadura

Agua () comida() calefactor() fuego() eléctrica() producto de limpieza()

Ácidos () soda cáustica() producto químico()

Horarios en que se produjo la quemadura:

De 7 a 11() de 11 a 16 () 16 a 20 () 20 a 24 () o por la noche ()

Datos del grupo familiar convivientes: N° Total de miembros.....

En el grupo familiar cuantos son menores de 10 años.....

Datos del padre ¿trabaja? si() no()

Primaria incompleta() secundaria incompleta() terciario incompleto()

Primaria completa () secundaria completa () terciario completo ()

Datos de la madre ¿trabaja? si() no()

Primaria incompleta () secundaria incompleta () terciario incompleto ()

Primaria completa () secundaria completa () terciario completo ()

El grupo familiar está compuesto por:

() Papá mamá e hijos () papá e hijos () mamá e hijos () abuelos () tíos.

Encargado del cuidado de los menores:

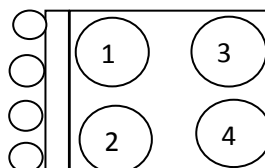
Padres() padrastros() hermanos() abuelos() tíos() otros()

Vivienda			
Material	Ladrillos <input type="checkbox"/>	Adobe <input type="checkbox"/>	Precaria <input type="checkbox"/>
Calefacción	Gas natural <input type="checkbox"/>	Envasado <input type="checkbox"/>	Con leña <input type="checkbox"/>
Ubicación	Urbana <input type="checkbox"/>	Periurbana <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>
Cocina	Comedor <input type="checkbox"/>	Cocina/comedor <input type="checkbox"/>	Nº de habitaciones.....
Baño	SiNo.....		

PREGUNTAS

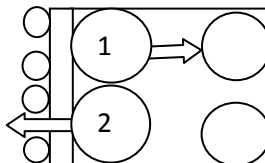
1 ¿Qué hornallas de la cocina le es más cómoda para cocinar?

1. () 1 y 2
2. () Te es igual
3. () 3 y 4



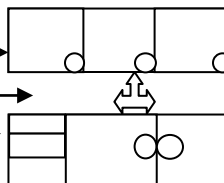
2 Teniendo en cuenta que la flecha es el mango de la sartén. ¿Le resulta más cómodo utilizarlo?

1. () Hacia adentro de la cocina (1)
2. () Le es igual
3. () Hacia afuera de la cocina (2)



3 ¿Dónde ubica los artículos de limpieza como (lavandina, detergentes, soda cáustica)?

1. () En la parte alta como la alacena.
2. () Sobre la mesada.
3. () En el bajo mesada.



4 ¿En su hogar a preparado alimentos con un niño (a) en brazos?

1. () Nunca
2. () A veces
3. () Siempre

5 -Si en su casa hay un cable pelado usted:

1. () Les coloca cinta
2. () Tiene cuidado de no tocarlos y los deja igual
3. () Son cambiados lo antes posible
4. () Nunca han tenido cables pelados

CODIFICACION DE DATOS

Edad del niño.....años.

Sexo: masculino (M) femenino (F)

Agente causante de la quemadura

A: Agua

B: Comida

C: Calefactor

D: Fuego

E: Eléctrica

F: Producto de limpieza

G: Ácidos

H: Soda cáustica

I: Producto químico

Horarios en que se produjo la quemadura:

A: 7 a 11

B: 11 a 16

C: 16 a 20

D: 20 a 24

E: por la noche

Datos del grupo familiar convivientes: N° Total de miembros.....

En el grupo familiar cuantos son menores de 10 años.....

Datos del padre ¿trabaja? si() no()

Primaria incompleta (PI) secundaria incompleta(SC) terciario incompleto(TI)

Primaria completa (PC) secundaria completa (SC) terciario completo (TC)

Datos de la madre ¿trabaja? si() no()

Primaria incompleta(PI) secundaria incompleta(SC) terciario incompleto(TI)

Primaria completa (PC) secundaria completa (SC) terciario completo (TC)

El grupo familiar está compuesto por:

A: Papá mamá e hijos

B: papá e hijos

C: mamá e hijos

D: abuelos

E: tíos.

Encargado del cuidado de los menores:

A: Padres

B: padrastros

C: hermanos

D: abuelos

E: tíos

F: otros

Vivienda						
Material	Ladrillos	A	Adobe	B	Precaria	C
Calefacción	Gas natural	A	Envasado	B	Con leña	C
Ubicación	Urbana	A	Periurbana	B	Rural	C
Cocina	Comedor	A	Cocina/comedor	B	Nº de habitaciones.....	
Baño	Si.....No.....					

Pregunta 1: ¿Qué hornallas de la cocina le es más cómoda para cocinar?

A: 1 y 2

B: Te es igual

C: 3 y 4

Pregunta 2: Teniendo en cuenta que la flecha es el mango de la sartén.

¿Le resulta más cómodo utilizarlo?

A: Hacia adentro de la cocina

B: Le es igual

C: Hacia afuera de la cocina

Pregunta 3: ¿Dónde ubica los artículos de limpieza como (lavandina, detergentes, soda cáustica)?

A: En la parte alta como la alacena.

B: Sobre la mesada.

C: En el bajo mesada.

Pregunta 4: ¿En su hogar a preparado alimentos con un niño (a) en brazos?

A: Nunca

B: A veces

C: Siempre

Pregunta 5: Si en su casa hay un cable pelado usted:

A: Les coloca cinta

B: Tiene cuidado de no tocarlos y los deja igual

C: Son cambiados lo antes posible

D: Nunca han tenido cables pelados

E: Otro

Resultado de conocimiento

Pregunta 1 correcta opción C

Pregunta2 correcta opción A

Pregunta3 correcta opción A

Pregunta 4 correcta opción A

Pregunta 5 correcta opción C

TABLA MATRIZ

Encuesta Nro	Edad	Sexo	Agente Quemadura	Horario	Total Miembros	< 10 años	Papá Trabaja	Escolaridad Papá	Mamá Trabaja	Escolaridad Mamá
1	4	f	c	e	7	2	SI	PC	NO	SI
2	1	m	c	c	3	1	SI	TI	SI	SC
3	2	m	c	d	5	1	si	si	si	sc
4	4	m	a	d	8	5	no		si	pi
5	2	f	c	c	4	2	si	ti	si	ti
6	4	m	e	c	5	3			si	si
7	2	m	b	b	5	2	si	pi	si	si
8	9	f	d	b	3	1	si	si	si	si
9	2	f	a	c	6	3	si	pc	no	si
10	1	f	a	d	5	3	no	si	si	pi
11	5	m	f	b	5	2	si	pi	si	si
12	7	m	g	a	5	3	si	pc	no	pc
13	6	f	a	a	7	3	si	si	no	pc
14	3	f	a	c	9	6	si	si		si
15	6	m	g	a	5	2	si	si	no	pc
16	1	f	a	d	4	1	si	ti	si	ti
17	3	m	c	d	6	3			si	si
18	11	m	d	c	5	2	si	si	si	sc
19	3	m	g	b	7	3	si	si	no	si
20	8	m	c	b	3	1	si	pi	si	sc
21	3	f	a	c	6	3		si	si	pc
22	1	m	a	d	3	1	si	pc	si	pc
23	13	m	a	c		3	si	pi	no	pi
24	6	f	a	a	4	1			si	sc
25	1	m	a	c	7	2	no	si	no	pc
26	8	m	b	b	5	3	si		no	si
27	2	f	a	c	6	4	si	si	no	si
28	10	m	a	c	5	1	si	si	si	si
29	2	f	a	a	5	2			no	pc
30	7	f	e	e	8	3	si	pi	no	pc

Grupo Familiar	Encargado niños	Baño	Material Vivienda	Calefacción	Ubicación	N° Habitación	Ambiente Cocina-comedor	P1	P2	P3	P4	P5	Conocimiento
a	a	SI	a	a	a	4	c	c	a	c	b	a	3
a	a	SI	a					c	c	c	b	c	2
a	d	si	a	a	a	3	c	c	a	c	b	c	3
b	c	si	c	c	b	2	c	b	b	b	c	b	0
a	a	si	a	a	a	3	c	c	a	c	a	c	4
c	a	si	a	b	b	2	c	a	b	a	a	b	2
a	d	si	a	b	b	2	b	a	b	a	b	a	1
a	a	si	a	a	a	2	b	a	a	a	b	b	2
a	a	si	a	b	a	2	b	a	a	b	a	a	2
a	e	si	c	c	b	2	c	b	c	c	b	d	0
a	d	si	b	b	b	2	c	c	a	a	a	c	2
a	a	si	a	b	a	2	c	a	b	b	b	d	0
a	a	si	a	a	a	3	c	a	b	a	b	a	1
a	a	si	a	b	a	3	c	a	b	b	c	a	0
a	a	si	a	b	a	3	b	b	c	a	b	d	1
a	a	si	a	a	a	2	b	a	a	b	a	c	3
c	a	si	a	a	a	2	a	b	c	c	a	a	1
a	a	si	a	a	a	3	c	b	c	b	b	a	0
a	a	si	a	c	a	1	c	c	a	a	b	c	4
a	a	no	a	b	a	1	c	c	a	c	a	c	4
c	d	si	b	b		1	a	c	a	b	a	e	3
a	a	si	a	a		2	c	c	b	a	b	e	2
a	a	si	a			2	b	c	a	a	a	e	4
b	d	si	a	b	b	3	b	a	c	c	a	c	2
	a	si	b	b	c	1	b	c	b	b	a	a	2
a	a	si	a	a	a	4	c	a	b	c	a	c	2
a	a	no	c	b	a	3	c	b	a	b	b	b	1
a-e	a	si	c	c	b	2	c	c	a	a	a	c	5
c-d	a	si	a	b	a	2	b	a	b	b	b	a	0
a	a	si	a	a	a	2	c	a	a	c	a	a	2