UNIVERSIDAD TÉCNICA PRIVADA COSMOS

"UNITEPC"

CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

BARRERAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS CON QUEMADURAS DE TIPO AB Y B HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL MANUEL ASCENCIO VILLARROEL DURANTE EL PERIODO II/2024

Tesis para optar al Título de
Licenciatura en Enfermería.

AUTORA: ESTHER CÉSPEDES CAMACHO

TUTORA: LIC. ROSARIO CAMACHO MOYA

Cochabamba – Bolivia

2024

.

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada primeramente a Dios, ya que gracias a él logre concluir mi carrera.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, a mi familia por enseñarme que todo se puede que a pesar de las dificultades siempre habrá luz. Todo esfuerzo tiene su recompensa y siempre estaré agradecido con ellos, porque cada esfuerzo que hicieron por mi para que esto sea posible se los recompensaré hasta el último momento

mis hermanos, compañeros y cómplices en este camino compartido. Gracias por ser mi refugio en los momentos difíciles y mis aliados en las alegrías. Su apoyo constante, su confianza en mí y la complicidad que nos une han sido una fuente de motivación y fortaleza inigualable.

trabajo es el resultado no solo de mi esfuerzo, sino también del amor, la fe y el apoyo que me han brindado. Lo dedico a ustedes, con la esperanza de que sea un reflejo de la gratitud y el profundo amor que siento por cada uno.,

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por el maravilloso don de la vida, por guiarme y cuidarme en cada momento y permitir la superación en mis estudios.

A mis padres José Céspedes y María Camacho y demás familiares por enseñarme el camino del bien con sus nobles consejos, animándome a cada momento para poder superarme en la vida.

A mi esposo Alexander Zurita Gutiérrez por ser mi fiel compañero de aventuras, amigo, por impulsarme todos los días y recordarme que yo podía, por invertir en mí y por confiar en mis capacidades para lograr lo que me proponga, a sus palabras de amor y afirmación constantes

Agradezco también a mi tutora de tesis Lic. Rosario Camacho y mis lectores por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico para guiarme durante todo el desarrollo de esta investigación.

A todo el personal del Hospital y a la comunidad por abrirme las puertas, brindándome su apoyo y colaboración en la investigación.

Indice

Introducción **1**

CAPÍTULO I **5**

Aspectos Generales **5**

1.1 Antecedentes generales. 5

1.2 Planteamiento del problema 6

1.2.1 Formulación del problema 6

1.3 Objetivos 7

1.3.1 Objetivo General 7

1.3.2 Específicos 7

1.4 Hipótesis 7

1.5 Descripción de variables 7

1.5.1 Variable independiente 7

1.5.2 Variable dependiente 7

1.5.3 Operacionalización de las variables 7

1.6 Justificación 11

1.6.1 Justificación Práctica 11

1.6.2 Justificación Teórica 11

1.6.3 Justificación Metodológica 11

1.6.4 Justificación Social 12

1.7 Delimitación del estudio 12

1.7.1 Delimitación Espacial 12

1.7.2 Delimitación Temporal 12

1.7.3 Delimitación de Recursos financieros (Presupuesto) 12

1.8 Objeto de estudio 12

1.9 Aporte de la investigación 12

CAPITULO II 15

Marco Contextual 15

"Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel" 15

2.1 Introducción 15

2.2 Ubicación de la institución 16

2.3 Historia de la institución Manuel Ascencio Villarroel 16

2.4 Misión 18

2.5 Visión 18

2.6 Infraestructura 18

2.6.1 Superficie total del hospital Viedma 18

2.6.2 Áreas de servicio del hospital del niño Manuel Ascencio Villarroel 19

2.6.3 Servicio de quemados 19

2.6 Estructura organizativa del servicio de quemados 19

2.6.1 Quirófano 19

2.6.2 Internación 20

2.6.3 Fisioterapia 21

2.7 Análisis Foda 21

CAPITULO III 26

Marco teórico 26

3.1. Definición 26

3.1.1. Barreras físicas 26

3.1.2 Barreras psicológicas 26

3.1.3 Barreras sociales 26

3.2 La piel 27

3.1.2 Anatomía de la piel 27

3.3 Fisiología de la piel 28

3.3.1 Protección 28

3.3.2 Termorregulación 29
3.3.3 Reservorio corporal.....29
3.3.4 Sensibilidad cutánea.....29
3.3.5 Excreción y absorción.....30
3.3.6 Síntesis de vitamina D 30
3.4 Definición de quemaduras 30
3.5 Fisiopatología de las quemaduras 30
3.5.1 Aumento de la permeabilidad 30
3.5.2 La vasodilatación 31
3.6 Etiología.....31
3.6.1 Quemaduras térmicas.....31
3.6.2 Son lesiones en la piel y otros tejidos del Quemaduras eléctricas 31
3.6.3 Quemaduras químicas.....31
3.6.4 Quemaduras por radiación.....31
3.7 Tipos de quemadura 32
3.7.1 Quemadura de tipo A 32
3.7.2 Quemadura de Tipo AB.....32
3.7.3 Quemadura de Tipo B.....33
3.8 Diagnostico 33
3.8.1 Regla de los 9.....33
3.9 Tratamiento.....34
3.9.1 Tratamiento médico de urgencia 34
3.9.2 Tratamiento del desequilibrio hídrico y el choque.....34
3.9.3 Tratamiento nutricional.....36
3.9.4 Injertos de la piel.....36
3.10 Etapa intermedia o aguda del cuidado de la quemadura 37

3.10.1 La herida por quemadura 37
3.10.2 Riesgo de infección 37
3.11 Cuidados generales de la herida 38
3.11.1 Etapa intermedia o aguda del cuidado de la quemadura 38
3.11.2 La herida por quemadura 38
3.11.3 Riesgo de infección 38
3.11.4 La exposición al sol 39
3.12 Rehabilitación 39
3.12.1 Fisioterapia en niños con quemadura 39
3.12.2 Presoterapia en niños con quemadura 39
3.13 Cuidados de enfermería 40
3.13.1 Cuidados enfermería en quemaduras de tipo A 40
3.13.2 Cuidados de enfermería en quemaduras de tipo AB 41
3.13.4 Cuidados de enfermería en quemaduras de tipo B 42
3.14 Prevención de las quemaduras en niños 44
CAPÍTULO IV 46
Diseño metodológico 46
4.1. Enfoque de investigación 46
4.1.1. Enfoque Cuantitativo 46
4.2 Tipo de investigación 46
4.2.1 Según la finalidad de estudio 46
4.2.2 Según la secuencia temporal 47
Transversal 47
4.2.3 Según el inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos……. 47
4.3 Métodos de investigación 47

4.4 Técnicas de investigación 48
a) Encuesta 48
4.5 Instrumentos de investigación 48
4.6 Fuentes de información 48
4.6.1 Fuente primaria. 48
4.6.2 Fuente secundaria. 49
4.7 Universo, población y muestra 49
4.7.1 Universo. 49
4.7.2 Población 49
4.7.3 Muestra 49
4.7.4 Tamaño de muestra 49
4.8 Criterio de la selección de la Población 50
4.8.1 Criterio de inclusión 50
4.8.2 Criterios de exclusión 50
4.9 Muestreo 50
4.10 Procedimiento para la recolección de la información 51
CAPÍTULO V 53
Interpretación y análisis de resultados 53
Interpretación y análisis de resultados: 53
Conclusiones y recomendaciones 76
Conclusiones 76
Recomendaciones 77
Bibliografía 79
ANEXOS 85

Índice de gráficos

Gráfica 1 Distribución de rango de edad de madres de niños que acuden al servicio de quemados del Hospital Manuel Ascencio Villarroel en 2024. (n=168)……53

Gráfica 2 Nivel de formación de las madres de niños que acuden al servicio de quemados (n=168)…….54

Gráfica 3 Ocupación de las madres de niños quemados (n=168)…….…… 55

Gráfica 4 Estado civil de las madres de niños quemados (n=168)…….. 56

Gráfica 5 Información recibida sobre quemaduras (n=168)……...57

Gráfica 6 Edad del niño(a) quemado (n=168)…….…. 58

Gráfica 7 Tipo de vivienda en la que vive (n=168)…….…..59

Gráfica 8 Vivienda con ambiente exclusivo para cocinar (n=168)…….. 60

Gráfica 9 Tipo de quemadura que presenta el niño(a) (n=168)…….……61

Gráfica 9 Parte del cuerpo que sufrió la quemadura (n=168)…….…… 62

Gráfica 10 Agente causal de la quemadura (n=168)…….…. 63

Gráfica 11 Su hijo(a) Presenta dolor en el área de la quemadura (n=168)…..……. 64

Gráfica12 Limitación de movimiento a raíz de la quemadura (n=168)…….……65

Gráfica13Cansancioyagotamientoproducidoporlaquemadura66(n=168)…..…...…66

Gráfica 14 Su hijo(a) presenta dificultad para dormir (n=168)…….…….. 67

Gráfica 15 Tristeza o preocupación por el aspecto físico (n=168)…….…. 68

Gráfica 16 Su hijo(a) presenta enojo, molestia o se siente agresivo (n=168)…… 69

Gráfica 17 Te has sentido nerviosa o con miedo en el proceso derecuperación de su hijo(a) (n=168)…….……..…… 70

Gráfica 18 Su hijo(a) refiere preocupación por tu salud en el futuro (n=168) ……..71

Gráfica 19 Su hijo (a) se ha sentido solo(a) (n=168)…….…… 72

Gráfica 20 Su hijo (a) presenta dificultad al momento de hacer amigos o jugar con otros niños (n=168)……. 73

Gráfica 21 Su hijo (a) ha tenido problemas o dificultad para compartir o jugar con otros niños (n=168)…….. 74

Gráfica 22 Rechazo por otros niños (n=168)…… 75

Anexos

Anexo 1. Solicitud de aplicación de instrumentos…….. 85

Anexo 2. Consentimiento informado……. 86

Anexo 3. Instrumento de Recolección de Datos……. 87

Anexo 4. Cronograma de actividades…….. 91

Anexo 5. Tabulación del número de respuestas……... 93

Anexo 6. Memoria Fotográfica del proceso de Investigación……. 98

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD TÉCNICA PRIVADA COSMOS
CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERIA
TITULO DEL TRABAJO: BARRERAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS CON QUEMADURAS DE TIPO AB Y B HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL MANUEL ASCENCIO VILLARROEL DURANTE EL PERIODO II/2024.
MODALIDAD DE TITULACIÓN: TESIS
NOMBRE DE LA AUTORA: ESTHER CESPEDES CAMACHO
NOMBRE DE LA TUTORA: LIC**.** ROSARIO CAMACHO
CIUDAD: COCHABAMBA
AÑO: 2024

RESUMEN

La investigación se realizó en el hospital Manuel Ascencio Villarroel es una institución pública que forma parte del Sistema Nacional de Salud y ofrece sus servicios según la necesidad sanitaria de la población, está ubicada en el departamento de Cochabamba, calle Venezuela y Oquendo. El objetivo es determinar las barreras físicas, psicológicas y sociales que enfrentan los niños de 1 a 14 años con quemaduras de tipo AB y B hospitalizados quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel durante el periodo II/2024. La metodología de investigación que se utilizó fue enfoque cuantitativo, tipo de investigación, prospectivo de corte transversal, método deductivo, la muestra está conformada por 168 niños hospitalizados en el servicio de quemados del Hospital Manuel Ascencio Villarroel. Los resultados muestran que las edades de los niños que sufrieron quemaduras, el 52% tienen entre 5 a 9 años, 25% de los niños tienen entre 1 a 4 años, 23% de 12 a 14 años, el 70% de los niños sufrieron quemadura térmica, un 16% sufrieron quemadura química y el 14% de los niños sufrieron quemadura eléctrica, el 86% de los niños a veces presenta dolor en el área de la quemadura, 10% nunca presento dolor, el 4 % siempre presenta dolor, concluimos que es fundamental aumentar la conciencia sobre el cuidado infantil puesto que los niños atraviesan una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, lo que los hace especialmente vulnerables a accidentes en el hogar.

Introducción

Se espera que un niño en condiciones normales se desenvuelva adecuadamente y llegue a desarrollar habilidades acordes a su edad, alcanzando los hitos de crecimiento establecidos, a esto se suma una alimentación adecuada, clave para su desarrollo físico, así como la participación en actividades físicas, como ser juegos y deportes, lo que favorecerá su desarrollo motor y coordinación en un entorno propicio. (1)

Cuando un niño sufre una quemadura resulta complicado comprender cómo su cuerpo ha cambiado de manera repentina inesperada y traumática que en muchos casos el daño suele ser irreversible sin embargo el niño intentará encontrar formas de reintegrarse a su vida cotidiana a pesar de los pronósticos adversos que deberá enfrentar las secuelas que originan por una quemadura se constituyen en un desafío constante que debe superar día a día. (2) El Dr. José Edmundo Sánchez-López en su publicación “Manejo del niño quemado” asevera que las quemaduras en verdad es un problema serio de salud en los niños dando como resultado el aumento de la mortalidad en este grupo etario y estas lesiones por quemadura disminuyen a nivel funcional y estético que causan desajustes psíquicos, sociales y laborales a futuro. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que en el caso de los niños con quemaduras señala que estas lesiones no solo comprometen la integridad física del niño, sino que también generan una serie de desafíos emocionales y sociales que pueden tener un impacto profundo en su desarrollo y que limitan la inclusión y el funcionamiento de las personas en la sociedad. (4)

Las quemaduras en los niños suelen causar secuelas físicas graves que incluyen cicatrices permanentes, limitaciones en la movilidad y problemas funcionales que afectan significativamente su vida diaria, ya que la piel de los niños es más fina y sensible que la de los adultos lo que hace que las quemaduras sean más profundas y severas provocando consecuencias mucho más, estos efectos no solo se limitan a las secuelas visibles, sino que también en lo emocional del niño interfiriendo con actividades cotidianas como jugar estudiar o interactuar socialmente en algunos casos

las quemaduras pueden generar discapacidades permanentes que requieren una adaptación continua al entorno. (5)

Desde el punto de vista psicológico, los niños con quemaduras enfrentan un proceso complejo de adaptación a su nueva realidad o que provocará en él, sentimientos de frustración y angustia. La falta de motivación y el aislamiento por voluntad son algunas de las respuestas a estas experiencias negativas, hace que tengan aislamiento social y dificultades para reintegrarse en entornos como la escuela. La incertidumbre sobre cómo serán percibidos por sus compañeros puede generar un sentimiento de incomodidad y miedo al rechazo, esto resalta la importancia de un apoyo psicológico adecuado para ayudarles a enfrentar estos desafíos. (6)

Por otra parte, las barreras sociales son igualmente críticas, ya que los niños con quemaduras pueden experimentar aislamiento social, es importante mencionar respecto los factores que se dificultan debido al hacinamiento, la pobreza, la vivienda y la disposición de ambientes adecuados y el bajo nivel educativo de sus familias aumentan el riesgo de quemaduras, lo que limita el acceso a recursos para su tratamiento y rehabilitación. (7)

La finalidad de la presente investigación es profundizar cómo las barreras que enfrentan los niños quemados afectan su vida y cómo estos logran enfrentarlas, además se explorarán las estrategias implementadas en las instituciones para superar dichas barreras, a través de un enfoque cuantitativo, se busca analizar el impacto de estas barreras en la calidad de vida de los niños y en su proceso de reintegración a la sociedad, el objetivo es identificar cómo estos obstáculos influyen en su bienestar y en su adaptación con el fin de aportar propuestas para mejorar los programas de atención y apoyo, fomentar un entorno más inclusivo y comprensivo para aquellos que han sufrido este tipo de lesiones, esta investigación busca contribuir al desarrollo de mejores prácticas y estrategias que beneficien tanto a los niños como a las instituciones que brindan atención a este grupo vulnerable, razón que motiva la investigación.

La estructura capitular del estudio se rige en la normativa establecida por la UNITEPC, la misma contiene:

Capítulo I.

Presenta aspectos referentes a los antecedentes de la investigación, planteamiento del problema, objeto de estudio, objetivos, hipótesis, descripción de variables, justificación y delimitaciones.

Capítulo II.

Presenta el marco contextual que hace referencia al lugar donde se desarrolla la investigación al Servicio de Quemados del Hospital Del Niño Manuel Ascencio Villarroel

Capítulo III.

En este capítulo se fundamenta las bases teóricas del tema la calidad de vida en niños con quemaduras de tipo AB y B, por el cual se sustentará en la revisión bibliográfica.

Capítulo IV.

Describe el diseño metodológico en la que se fundamenta la investigación, incluye el enfoque, investigación, tipos de investigación, instrumentos y la población de estudio.

Capítulo V.

Se presentan los datos estadísticos, análisis e interpretación de los resultados, además de las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Anexos.

Presenta la documentación que respalda el proceso de la investigación.

CAPITULO I

CAPÍTULO I

Aspectos Generales

1.1 Antecedentes generales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 2022 mencionan que las quemaduras representan un grave problema de salud pública particularmente en la población infantil que aproximadamente el 1% de los niños a nivel mundial lo que equivale a cerca de 15 millones de niños sufre quemaduras cada año y estas lesiones son la quinta causa más común de lesiones no fatales en la infancia. (8)

Así también el Ministerio de Salud de Chile el 2020 reporta que el 6-10 % de las quemaduras graves en niños generan obstáculos emocionales y sociales, afectando la autoestima y la calidad de vida de los niños esto incluye alteraciones estéticas y funcionales que pueden llevar a problemas psicológicos a largo plazo. (9)

Según el informe brindado por el Ministerio de Salud y Deportes menciona que en Bolivia las quemaduras representan el 10 % de las muertes violentas y como morbilidad dejando secuelas físicas y rechazo social y la tasa de pacientes quemados hospitalizados en el país es de 2 por cada 400 pacientes. (10)

Un estudio realizado por Laura Giselle Hernández Grillo el 2020, del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus Cuba titulado (Repercusión psicológica, familiar y social del paciente quemado su rehabilitación) manifiesta que las lesiones por quemadura no solo representan un problema físico sino que marcan la vida de las personas si bien sus huellas quedan en la piel en forma de cicatrices limitación}es de tipo motriz como las amputaciones, limitaciones psicológicas y para agravar los estados de depresión por otro lado el impacto en la imagen corporal de quienes se queman causa inquietudes sobre la imagen corporal. (11)

Por otro lado Nohemí Miranda Neri realizo una investigación sobre (el Impacto Social y Psicoemocional de un Adolescente durante la Infancia a consecuencia de las Quemaduras de Segundo y Tercer Grado en Pacientes de la Fundación Rino-Q para Niños Quemados) el 2021 México, menciona que el paciente quemado teme sobre las

reacciones de los demás sumada a la conciencia de que su apariencia física no se ajusta a los estándares de belleza impuestos por la sociedad genera un sentimiento de incomodidad tanto consigo mismos como al interactuar con otras personas, realizo con una población de 13 adolescentes el cual indica que el 40% siente sensación de incomodidad de sus cicatrices y que el 47% tuvo problemas para adaptarse a sus actividades cotidianas. (12)

1.2 Planteamiento del problema

De acuerdo con la información obtenida se ha establecido que aproximadamente el 70% de las quemaduras en niños ocurren en menores de cinco años el cual constituyen la quinta causa más común de lesiones fatales en este grupo etario, este dato resalta la vulnerabilidad de los niños pequeños ante este tipo de accidentes.(13)

A nivel nacional se estima que anualmente, el 1% de la población infantil sufre lesiones de tipo térmico, aunque la incidencia de lesiones ha disminuido en los últimos 6 años, se sigue presentando y afectan en mayor proporción a los niños en un 72%, las causas de las lesiones y los riesgos de muertes y lesiones por quemaduras. (14)

Las quemaduras de tipo AB y B representan una de las lesiones más severas y complejas en la infancia, generando no solo daños físicos significativos, sino también consecuencias psicológicas y sociales que impactan la calidad de vida de los niños afectados, muchos de ellos enfrentan barreras que dificultan su recuperación y reintegración a la vida cotidiana. Varios estudios indican, que las quemaduras severas producen un impacto en la recuperación de sus actividades cotidianas en la infancia y que tienen repercusiones a largo plazo en el desarrollo físico, emocional y social de los niños. (15)

1.2.1 Formulación del problema

¿Cómo afecta las barreras físicas, psicológicas y sociales en niños de 1 a 14 años con quemaduras que acuden al servicio de quemados del Hospital Manuel Ascencio Villarroel durante el periodo II/2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar las barreras físicas, psicológicas y sociales que enfrentan los niños de 1 a 14 años con quemaduras de tipo AB y B hospitalizados en el servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel durante el periodo II/2024

1.3.2 Específicos

- Identificar el grado de limitación física que afecta la recuperación del niño
- identificar trastornos emocionales que afecta la estabilidad psicológica
- Reconocer factores en las barreras sociales que impiden la reintegración del niño a su entorno social
- Promover intervenciones basadas en resultados

1.4 Hipótesis

Las barreras físicas, psicológicas y sociales tienen un impacto negativo significativo en el proceso de recuperación, adaptación e integración social de los niños con quemaduras de tipo AB y B

1.5 Descripción de variables

1.5.1 Variable independiente

Quemaduras tipo AB, y B en niños de 1 a 14 años.

1.5.2 Variable dependiente

Barreras físicas, psicológicas y sociales en niños de 1 a 14 años.

1.5.3 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento de recolección o medición	Fuente de información	Análisis estadísticos
Identificar el grado de limitación física que afecta la recuperación	Barreras físicas	son obstáculos que impiden o dificultan el movimiento y la accesibilidad de las personas	➢ Actividad física ➢ Limitación funcional. ➢ Severidad de la quemadura. ➢ Dolor y malestar.	➢ Rango de movimiento. ➢ Contracturas. ➢ Pérdida funcional significativa a nivel de articulación	Cuestionario	Encuesta aplicada a las madres	Porcentajes Análisis
Identificar trastornos emocionales que afecte la estabilidad psicológica	Trastorno emocional	son alteraciones psicológicas que afectan la capacidad de una persona para manejar sus emociones y	➢ Trastorno emocional ➢ Resiliencia ante situaciones estresantes. ➢ Afrontamiento efectivo (uso de estrategias adaptativas)	➢ Estado de ánimo y sentimientos. ➢ Reacciones emocionales. ➢ Adaptación	Cuestionario	Encuesta aplicada a las madres	porcentajes Análisis

		comportamiento	➢ Niveles de funcionamiento social				
Reconocer factores en las barreras sociales que impiden la reintegración del niño	Barreras sociales	Son obstáculos que impiden la participación plena y equitativa de las personas en la sociedad	➢ Relación con niños de su misma edad	➢ Exclusión ➢ Aislamiento ➢ discriminación	Cuestionario	Encuesta aplicada a las madres	Porcentajes Análisis

Promover intervenciones basadas en resultados	Intervenciones basadas en resultados	son enfoques metodológicos que utilizan evidencia empírica y análisis de datos para diseñar, implementar y evaluar acciones o programas con el objetivo de lograr resultados específicos y medibles.	➢ Hallazgos de investigación ➢ Necesidades identificadas ➢ Contexto clínico ➢ Contexto comunitario	➢ cumplimiento de metas de intervención ➢ participación de la comunidad o grupos destinatarios	Cuestionario Educación	Encuesta aplicada a las madres y niños	Gráficos Cartillas trípticos

1.6 Justificación

1.6.1 Justificación Práctica

La investigación en este campo radica en su capacidad para transformar la atención y el apoyo a los niños con quemadura de diferente tipo dando pautas de mejora y facilitando su rehabilitación e integración social de manera efectiva, sostenible y puedan realizar cambios en los cuidados respecto al manejo de las quemaduras que ocasionan las barreras que estos niños presentan.

1.6.2 Justificación Teórica

La presente investigación tiene el propósito de conocer mediante bases teóricas, las barreras que enfrentan los niños con quemaduras ya que son una de las lesiones más severas y traumáticas que un niño puede sufrir y sus efectos van más allá del daño físico, afectando también su bienestar emocional y social y el impacto que tiene en el desarrollo a largo plazo, comprender este constructo desde la perspectiva de los propios niños es fundamental para diseñar intervenciones efectivas que promuevan su bienestar integral proporcionará información para ser utilizada como un precedente para futuras investigaciones ya que las investigaciones realizadas sobre el tema son escasas así mismo enriquecerá el marco teórico y el conocimiento que existe sobre el tema.

1.6.3 Justificación Metodológica

La justificación metodológica se fundamenta en un estudio sistemático ordenado y cuya base es el método científico es la necesidad de establecer un enfoque práctico que permita obtener resultados valiosos y confiables tomando en cuentas las características de la población, es importante la contribución al conocimiento científico el nivel de adaptación de los niños y la relevancia social que proporcionará una base sólida para el desarrollo del estudio. otra palabra que sea igual a invalidantes

1.6.4 Justificación Social

La presente investigación busca proporcionar información que será útil para diversas áreas ya que aborda un problema de salud pública que afecta a una población vulnerable y mejorar el conocimiento sobre las barreras que presentan los niños a causa de una quemadura y las consecuencias que se da a largo plazo como las secuelas físicas y psicológicas derivadas de las quemaduras pueden ser devastadoras, esto genera un impacto no solo en la salud del niño sino también en su desarrollo social y educativa y las autoridades puedan buscar soluciones para mejorar estas barreras y la calidad de vida de los niños y la sociedad puede avanzar hacia una atención más compasiva, equitativa y eficaz para estos niños y sus familias.

1.7 Delimitación del estudio

1.7.1 Delimitación Espacial

La investigación se llevará a cabo en el servicio de quemados del Hospital Manuel Ascencio Villarroel

1.7.2 Delimitación Temporal

La investigación se realizará en la gestión II/2024

1.7.3 Delimitación de Recursos financieros (Presupuesto)

La investigación se desarrolló con los recursos y medios propios de la investigadora para alcanzar los fines de la investigación.

1.8 Objeto de estudio

Niños de 1 a 14 años con quemaduras de tipo AB y B en el servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel

1.9 Aporte de la investigación

El aporte de la presente investigación es proponer estrategias de Intervención y desarrollar recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio para mejorar la atención integral a los niños con quemaduras enfocándose en la superación de las

barreras identificadas realizando sesiones educativas a los niños y a las madres sobre las quemaduras.

CAPITULO II

CAPITULO II

Marco Contextual

"Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel"

2.1 Introducción

El Hospital del Niñ@ Manuel Ascencio Villarroel es un establecimiento de tercer nivel de atención para niños entre 0 y 14 años 11 meses y 30 días, con capacidad de resolución de alta complejidad, desarrolla actividades normativas de promoción, prevención, atención ambulatoria y de hospitalización, curación y rehabilitación, así como de investigación. Es parte de la Red de Servicios de Salud del departamento de Cochabamba y de acuerdo con la normativa vigente depende de la Gobernación de Cochabamba a través del Servicio Departamental de Salud (SEDES).

Considerado el principal hospital pediátrico del país por su historia, desarrollo y prestigio, si bien es el centro de referencia pediátrico del departamento de Cochabamba, en la práctica recibe y atiende pacientes referidos de toda Bolivia, principalmente de los Departamentos de Oruro, Chuquisaca, Potosí, Beni y Pando.

A lo largo de su historia de 102 años ha cobijado a especialistas y sub-especialistas formados en diferentes centros de formación, hace 37 años forma especialistas pediatras siendo el *primer* hospital con residencia en Pediatría en Bolivia. Varios de sus ex residentes forman ahora parte de su equipo de especialistas y sub especialistas.

Es un establecimiento hospitalario incluido en el Convenio de Integración Docente Asistencial por lo que sus dependencias y personal apoyan la formación en pregrado de la Universidad Mayor de San Simón, la Universidad pública más grande de Bolivia.

Un conjunto de profesionales comprometidos con el futuro del hospital, han analizado el pasado, evaluado el balance y las brechas entre las fortalezas y debilidades de la institución y como resultado se obtiene el presente documento.

2.2 Ubicación de la institución

Un recorrido del terreno que comprendería el complejo Hospitalario Viedma (CHV) comenzando por la esquina de la avenida Aniceto Arce y Oquendo, se encuentran los ambientes que ocupa la federación de las personas de la tercera edad de Cochabamba, en parte de lo que es el antiguo hospital.

En la esquina de la calle Venezuela está el museo de Medicina donde en un espacio no muy grande se expone instrumental y equipo médico antiguo, al este está la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Simón (UMSS) luego el Hospital Gastroenterológico y al lado el Viedma sobre la avenida Aniceto Arce está la construcción inconclusa del Hospital del Niño junto al Materno Germán Urquidi sobre la misma avenida está el ingreso principal a la infraestructura de la Facultad de Medicina de la UMSS.

El servicio de quemados se encuentra en instalaciones del antiguo Hospital Viedma sobre la calle Venezuela y Oquendo en la zona noreste de la ciudad de Cochabamba limita al este con la facultad de medicina Dr. Aurelio Melean de la Universidad Mayor de San Simón y el Hospital Viedma, al oeste con la plaza colon, al norte con el cine Center, y al sur con la universidad Mayor de San Simón, taxi trufis que pasan por el pabellón de quemados, de la zona sud la línea 132, de la zona oeste y norte línea 130 y 134, micros línea 10, G y 212.

2.3 Historia de la institución Manuel Ascencio Villarroel

En 1880 existía en Cochabamba un solo hospital "Del salvador" ubicada en la avenida Aniceto Arce fue fundada en condiciones de pobreza, la atención médica para los niños no existía y los que necesitaban atención eran atendidos en inadecuados ambientes e higiénicos.

En 1911 el Dr. Manuel Ascencio Villarroel fue requerido para la atención de una enfermedad grave a una de las hijas de Simón Patiño con una curación y recuperación satisfactoria ante la insistencia de Simón Patiño de cancelar honorarios como pago de

los servicios prestados, el Dr. Villarroel se negó a cambio solicito la construcción de ambientes para brindar atención a los niños.

La familia Patiño hace construir pabellones para pediatría en los predios del hospital Viedma llevando el nombre de su benefactor del que fue su primer director Villarroel inaugurando el año 1914 en el lado sur del hospital Viedma.

Entre 1915 y 1918 el Dr. Napoleón Medrano fue nombrado medico agregado del pabellón de niños colaborando con el Dr. Villarroel en 1940 fue invitado y nombrado profesor de la catedra de pediatría de la facultad de medicina de Cochabamba y medico director del pabellón albina Patiño, el 4 de junio de 1941 fallece el Dr. Manuel Ascencio Villarroel y la dirección es asumida por su discípulo y amigo el Dr. Napoleón Medrano impulsando una serie de actividades a favor de la profesión la niñez y especialmente de la sociedad de pediatría del cual fue su primer presidente.

En 1960 nace como servicio de quemados dentro del área de cirugía pediátrica bajo la tutela del Dr. Alfredo Arnés cirujano pediatra especializado en Rusia quien organizo el servicio como unidad del niño quemado compartiendo camas con pacientes de cirugía traumatológica, ortopedia y neurocirugía, pacientes que eran tratados en una sala pequeña de curación. En cuanto al personal de salud solo era realizado con personal auxiliar de enfermería, en ese tiempo los pacientes se hospitalizaban hasta 6 meses o más y en su generalidad los hijos provenían de padres muy pobres la mortalidad era de un 20 – 50% por complicaciones de origen infeccioso y tipo de tratamiento.

A partir de 1984 se hace cargo el Dr. Oscar Romero junto a 2 licenciadas en enfermería, 4 auxiliares de enfermería y 1 personal de servicio, iniciándose con 8 camas ante la creciente demanda y la necesidad de ampliar las camas el servicio de quemados nace como un servicio independiente con 15 camas el año 1997 gracias a la ayuda de las organizaciones y personas voluntarias se amplia y mejora el área de hospitalización y quirófano con la asistencia de un anestesiólogo y una mejor técnica de asepsia y métodos de esterilización se trasladó a un área independiente por orden

de directivos de servicio y se habilita para la atención exclusiva para niños en infraestructura del antiguo hospital Clínico Viedma.

Se incorporan a este servicio un médico residente, internos un anestesiólogo exclusivo para el servicio personal de enfermería para los distintos turnos.

2.4 Misión

"Brindar atención Integral especializada ambulatoria y hospitalaria a pacientes menores de 18 años, priorizando sus necesidades y bien estar, con excelencia en gestión y gerencia institucional, contando con personal suficiente, tecnología de punta, formación de recursos humanos y desarrollar investigación en problemas de salud presentes en el país."

2.5 Visión

"Ser un Hospital Pediátrico de tercer nivel acreditado, que brinda servicios de alta calidad en especialidades y subespecialidades a la población de Infanto juvenil."

2.6 Infraestructura

El Complejo Hospitalario Viedma, está formado por 4 hospitales, Hospital Clínico Viedma, Hospital Materno Infantil German Urquidi, Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel y el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés.

El Gerente del complejo hospitalario Dr. Antezana dijo que el crecimiento de la población ha generado que los hospitales estén llenos, la infraestructura no abastece actualmente el Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel comparte la infraestructura Hospital Materno Infantil German Urquidi, de manera que los ambientes no abastecen la demanda constante de pacientes.

2.6.1 Superficie total del hospital Viedma

Un documento de declaración del derecho propietario sobre el Complejo Hospitalario Viedma del Registro de Derechos Reales obtenido en noviembre de 2004 establece que el inmueble del Complejo Hospitalario abarca 64.522 metros cuadrados

entre los linderos o límites al norte de la calle Venezuela al este la Avenida Aniceto Arce

2.6.2 Áreas de servicio del hospital del niño Manuel Ascencio Villarroel

Actualmente el hospital del niño Manuel Ascencio Villarroel, ofrece los servicios de Medicina, Cirugía, Infectología, Oncología, Unidad de Hemodiálisis, UTI, Quirófano, Emergencias y Quemados.

2.6.3 Servicio de quemados

El servicio de quemados tiene el área de internación con 4 salas los cuales tiene un total de 15 camas, área de enfermería, área de quirófano, área fisioterapia y psicología. Los ambientes son incomodos e improvisados cuentan solo con material necesario para las actividades hospitalarias existe un baño y una ducha donde utilizan tanto el personal de salud como los pacientes.

2.6 Estructura organizativa del servicio de quemados

2.6.1 Quirófano

El quirófano está dividido en el área de esterilización, recuperación, área quirúrgica y de ambientes son improvisados con el material básico para las cirugías como la mesa quirúrgica, mesa de mayo, calefacción, dos sillas de ruedas para movilizarse, vitrina con los medicamentos necesarios, carro de curaciones, dos camillas en el área de recuperación más sus gradillas, autoclave, pupinel, una mesa para preparar los paquetes.

- **Mañanas,** un médico especialista, una licenciada en enfermería y una auxiliar en enfermería brindan atención en los servicios de quirófano y esterilización de lunes a viernes.
- **Tarde,** únicamente trabaja una auxiliar de enfermería encargada de la esterilización, los fines de semana no se ofrece atención en el quirófano.

2.6.2 Internación

Las salas de internación son improvisadas por el personal de salud ya que no existe el espacio y material suficiente cuenta con 4 salas de las cuales la primera sala tiene 3 camas y 2 cunas cada una con su velador y trípode y dos gradillas en la segunda sala hay 4 camas con sus respectivos veladores y trípode más dos gradillas y un televisor, en la tercera sala donde están los pacientes que requieren mayor cuidado existe 4 camas con sus respectivos veladores y trípodes más dos gradillas y un televisor en la cuarta sala que es de aislamiento existe dos camas con sus trípodes y veladores haciendo un total de 15 camas, en la sala de espera hay un estate con 4 cajones donde se encuentra el televisor más su DVD, 6 sillas y dos mesas de madera más al fondo en la misma sala se encuentra un escritorio con dos sillas donde está el médico especialista y residente.

En jefatura de enfermería es un ambiente donde está un escritorio, dos sillas, dos vitrinas donde se encuentran los medicamentos, un refrigerador, un microondas, un carrito de curación donde existen antisépticos y desinfectantes, baja lenguas, gasas, apósitos estériles, guantes y tarjetero.

En interacciones del servicio de quemados existen 17 enfermeras: licenciadas

10 auxiliares en enfermería, divididas en los siguientes turnos:

- **Mañanas,** médico especialista, residente de pediatría, jefa de enfermeras, una licenciada y dos auxiliares de enfermería.
- **Tardes;** residente en pediatría, una licenciada, una auxiliar de enfermería
- **Noches;** 1, 2, y 3, una licenciada y una auxiliar en enfermería en cada turno noche.
- **Sábado y domingo y feriado** una licenciada y dos auxiliares de enfermería.
- Los **horarios del personal de salud** por las mañanas son de 7:30 am a 13:30 pm, por las tardes de 13:30pm a 19:30pm y por las noches 19:30pm a 7:30 am. El personal de limpieza está en cada turno, mañanas, tardes, noches y fines de y semana.

- **horarios de visita;** son por las tardes de 15:00 pm a 16:00pm, para el cual los padres ingresan con las batas proporcionadas por el establecimiento de salud**. (Datos proporcionados por la jefa de enfermeras)**

2.6.3 Fisioterapia

En cuanto al área de fisioterapia, este se encuentra al ingreso del servicio de quemados es una sala amplia donde existen tres estantes con cajonería que contienen juguetes para los niños como muñecas, carritos, pelotas, mesa pequeña de madera con cuatro sillas de madera, dos camillas bobath, dos sillas de rueda, un televisor, colchones de descanso, barra de ling que sirve para el fortalecimiento muscular, pelotas inflables de goma, bandas, ligas, barras flexibles, barras paralelas para que el paciente recupere su fuerza, el equilibrio, la amplitud de movimiento, y la independencia, una rampa continua con las correspondientes barandillas o pasamanos, una bicicleta, y una área para realizar hidroterapia.

Existen 2 licenciadas en el área de fisioterapia que trabajan en 2 turnos, el turno de la mañana los días lunes miércoles y viernes de 08:00 am a 14:00 pm y el turno de la tarde los días martes, miércoles y jueves de 12:00 am a 18:00 pm**.**

2.7 Análisis Foda

	Fortalezas	Debilidades
	F1. Alto índice de ocupación de camas (Gran afluencia de pacientes) F2. Corta estancia media de los pacientes en el hospital F3. Equipo Multidisciplinario de profesionales de gran calidad que se refleja en el bajo índice de mortalidad.	D1. No contamos con infraestructura propia y la que usamos no es adecuada para atención pediátrica. D2. Falta de institucionalización de cargos jerárquico. Intermedios y de base D3. Inestabilidad laboral. D4. Recursos Humanos insuficientes D5. Falta de equipamiento e insumos.

	F4. Alta demanda de patologías emergentes y re-emergentes. F5. Es el único Hospital de referencia a nivel departamental con capacidad resolutiva. F6. Equipamiento básico de última tecnología. F7. Integración y aplicación de los programas de Nacionales de Salud. F8. Accesible a la población F9. Personal capacitado en manejo de SIGEP F 10. Contar con servicios de alta complejidad UTIP, Hemodiálisis Pediátrica, UTDAS, Oncología, Quemados, quirúrgico. F11. Hospital Universitario.	D6. Incumplimiento en la ejecución del POA. D7. Largo tiempo de espera para el ingreso hospitalario. D8. Inadecuado sistema de informático por lo que no se refleja los datos en su verdadera magnitud. D9. El excesivo confort del paciente y comodidad de la familia genera el imaginario social de que la hospitalización es una forma de albergue lo cual a veces repercute en la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria. D10. Pocos incentivos y motivación del personal. D11. Mal estado de físico de la infraestructura. D12. No contamos con protocolos institucionales propios. D13. Anteriormente no se contaba con PEI. D14. Equipamiento insuficiente. D15. Insuficiente coordinación interinstitucional. (Defensoría, hogares, etc.)
Oportunidades	**FO**	**DO**
O1. Atención especializada a la población infantil **O2. Capacitación de nuestro recurso humano en las diferentes especialidades.** **O3. Apoyo para Gestión de financiamiento Departamental y Nacional.** **O4. Formación de R.R.H.H a nivel de enseñanza en diferentes especialidades.**	• Capacitación continua del RRHH multidisciplinario en las diferentes patologías infantiles. (F3, F4 y O1, O2,O5) • Diversificar nuestros servicios con tecnología moderna para el cumplimiento de los programas y políticas nacionales de salud. (F5,	• El apoyo Nacional y Departamental para el fortalecimiento de nuestra gestión permitirán que el Hospital del Niñ@ Manuel Ascencio Villarroel cuente con infraestructura propia para reducir el tiempo de espera de los pacientes a su ingreso hospitalario. (D1, D7, D9 y O3, O7, O10)

O5. Acceso a tecnología moderna **O6. Implementación de programas estatales** **O7. Posibilidad de diversificación de los servicios prestados** **O8. Cambios en las tecnologías medicas** **O9. Implementación de políticas y programas de prevención.** **O10. El CNIDAII reglamenta la docencia asistencial.** **O11. Se ha iniciado el proceso de trabajo de manera estratégica.**	F6,F7, F10 y O5, O6, O7,O8, O9, O10) • Los datos proporcionados por el SIGEP ayudan a fortalecer la gestión Departamental y Nacional en Salud. (F9 y O3) • Consolidación del hospital como centro de enseñanza en salud de referencia a nivel nacional. (F5 y O4) • La incorporación de personal especializado facilita la resolución mediata de las diferentes patologías. (F2 y O2) • Somos un hospital universitario que cuenta con la debida reglamentación para favorecer la atención a los pacientes reduciendo su estancia media de hospitalización. (F2, F11 y O10)	• La gestión y fortalecimiento de RRHH en las diferentes especialidades se logrará a través de la capacitación del mismo bajo la gestión del departamento de enseñanza e investigación. (D2, D3, D4, D10 y) • La implementación de los programas estatales posibilitará el acceso a la tecnología moderna a fin de optimizar el sistema informático para mejorar la información a los usuarios. (D8 y O5, O6) • La gestión estratégica del hospital facilitará la distribución equitativa del RRHH en los diferentes servicios y optimizará la estabilidad laboral de acuerdo al perfil. (D3, D10 y O 11)
Amenazas	**FA**	**DA**
A1. Vulnerabilidad y judicialización del acto médico. **A2. Problemas sociales** **A3. Creación de nuevos hospitales privados.** **A4. Inadecuado funcionamiento de sistema de referencia y contra referencia.** **A5. Resistencia al cambio.** **A6. Falta de credibilidad por parte de algunos sectores.** **A7. Desatención de las autoridades regionales ante las necesidades de nuestra institución.**	• El correcto funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia permitirá emplear adecuadamente los recursos para reducir el tiempo de estancia de los pacientes a fin de mejorar el índice de ocupación de camas. (F1,F2 y A4) • El empleo eficaz de los equipos de alta tecnología reducirá la vulnerabilidad de nuestro personal ante la judicialización del acto médico. (F6 y A1)	• El lograr la atención de nuestras autoridades regionales y la burocracia en dicha atención permitirá contar con infraestructura propia y adecuada para la atención pediátrica, la institucionalización de cargos, la dotación de recursos humanos, insumos y equipamiento. (D1, D2, D3, D4, D5 y A7, A8) • El uso adecuado del sistema informático permitirá reflejar los datos en su verdadera magnitud

A8. Burocracia en la atención de las necesidades del Hospital.	• El fortalecimiento institucional como hospital de referencia con capacidad resolutiva y el uso eficiente de nuestro equipo multidisciplinario para la prestación de servicios de alta complejidad permitirá eliminar la competencia de los hospitales privados y reducirá la falta de credibilidad de algunos sectores. (F3, F4, F5, F10 y A2, A3 y A6) • La integración y aplicación de los programas de Nacionales de Salud, permite la adecuada atención de patologías emergentes y reemergentes permitirá la accesibilidad de la población a nuestra institución y facilitará la exigencia de atención a la autoridades regionales para la atención de las necesidades institucionales reduciendo la burocracia en la atención de las mismas. (F4, F7, F8 y A7, A8)	e incrementará la credibilidad de los sectores y facilitará la atención de nuestras autoridades ante las necesidades del hospital para incrementar el equipamiento. (D8, D15 y A4, A6, A8) • El fortalecimiento del triaje en emergencias y consulta externa reducirá el tiempo de espera para hospitalización y atención de patologías emergentes e incrementará la credibilidad. (D7 y A6) • Contar con PEI, protocolos y su respectiva ejecución reducirá la vulnerabilidad del personal ante la judicialización del acto médico y su resistencia al cambio. (D12, D13 y A1, A5) • La elaboración de PEI y protocolos institucionales de atención obligará a las autoridades regionales a atender las necesidades institucionales a largo plazo y a mejorar nuestra infraestructura a corto plazo, minimizando los problemas sociales que amenazan a nuestra institución. (D6, D11, D12 y A2, A7) • Contar con los debidos reducir la prolongación innecesaria de la hospitalización. (D6, D9, D12, D15 y A5)

CAPITULO III

CAPITULO III

Marco teórico

3.1. Definición

3.1.1. Barreras físicas

Son obstáculos concretos en el entorno que restringen la movilidad y el acceso de las personas a diversos espacios y recursos, estos obstáculos pueden incluir escaleras, la ausencia de rampas, puertas estrechas, mobiliario inapropiado y cualquier estructura que dificulte un desplazamiento fluido en el ámbito de la salud también se refieren a las limitaciones derivadas de condiciones médicas o lesiones que afectan la capacidad de una persona para moverse realizar actividades diarias o acceder a servicios estas barreras tienen un efecto negativo en la calidad de vida y en la participación social de los individuos.

3.1.2 Barreras psicológicas

Son impedimentos internos que influyen en el bienestar emocional y mental de una persona limitando su capacidad para enfrentar situaciones o participar plenamente en diversas actividades, estas barreras pueden incluir elementos como el miedo la ansiedad la depresión la baja autoestima y una autoimagen negativa, su efecto puede reflejarse en dificultades para formar relaciones, evitar interacciones sociales o enfrentar retos en el ámbito de la salud especialmente para aquellos con lesiones o condiciones crónicas estas barreras pueden obstaculizar la aceptación de su situación y la búsqueda de apoyo lo que impacta negativamente en su calidad de vida y en su proceso de recuperación.

3.1.3 Barreras sociales

Son impedimentos que limitan la participación e integración completa de individuos o grupos en la sociedad, estas barreras pueden presentarse de varias maneras como discriminación estigmatización exclusión o la falta de acceso a recursos y oportunidades, a menudo se basan en factores como la raza, el género, la

discapacidad la clase socioeconómica o la condición de salud estas barreras impactan las relaciones interpersonales el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas restringiendo su capacidad para interactuar y contribuir de manera activa a la comunidad. (16)

3.2 La piel

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, que cubre todo el cuerpo y lo protege de factores externos, es el embalaje más perfecto que protege a los tejidos y órganos situados debajo de ella que actúa como armadura que impide el contacto directo de esos tejidos y órganos con microorganismos patógenos sustancias toxicas que sin la piel ocasionan lesiones graves. (17)

3.1.2 Anatomía de la piel

La piel está compuesta por tres capas

3.2.1.1 Epidermis

Es la capa externa y la más fina de la piel es un epitelio plano poliestratificado y queratinizada o cornificado contiene cuatro tipos de células principales queratinocitos, melanocitos macrófagos intraepidermicos y células epiteliales táctiles que cubre la totalidad de la superficie corporal es la capa de la piel con mayor número de células que fabrican melanina (pigmento de la piel).

Consta de tres partes:

- Capa cornea; formada por un promedio de 25 a 30 capas de células llamadas queratinocitos muertos aplanados, estas células son delgadas, planas rodeadas de una membrana plasmática
- células escamosas; por debajo de la capa cornea contiene queratinocitos que maduran y forman la capa cornea.
- capa basal; la capa más profunda de la epidermis que contiene células basales, se divide constantemente y forman nuevos queratinocitos que sustituyen a los antiguos. (18)

3.2.1.2 Dermis

La dermis es la parte más profunda de la piel está compuesto sobre todo de tejido conectivo denso irregular contiene fibras de colágeno y elásticas la dermis tiene la capacidad de estirarse y retornar a su origen con facilidad, en la capa dérmica hay vasos sanguíneos, nervios, glándulas y folículos pilosos.

La dermis se divide en una región papilar superficial delgada y una reticular profunda más gruesa.

La región papilar; contiene fibras elásticas finas y fibras de colágeno delgadas, posee papilas dérmicas que aumentan su superficie son estructuras pequeñas todas las papilas dérmicas contienen asas de capilares algunos poseen receptores del tracto llamados corpúsculos táctiles que son terminaciones nerviosas sensibles al tacto.

La región reticular; está adherida a la capa subcutánea contiene fibras de colágeno gruesas fibroblastos dispersos y células circulantes, en la capa más profunda se puede encontrar células adiposas junto con fibras elásticas gruesas.

La combinación de fibras de colágeno y fibras elásticas en cual brinda a la piel su fuerza, su extensibilidad y elasticidad.(19)

3.2.1.3 Tejido subcutáneo

Es la capa más profunda de la piel, está constituida por tejido adiposo en forma lobulillos separados por tabiques de tejido conectivo que proporciona una especie de amortiguador de las capas de la piel y las estructuras internas como músculos y huesos subyacentes proporciona movilidad de la piel moldea el contorno del cuerpo y lo aísla de las temperaturas extremas y almacena energía. (20)

3.3 Fisiología de la piel

3.3.1 Protección

La piel ofrece protección al cuerpo de diversas formas. La queratina actúa como una barrera que resguarda los tejidos internos de microbios abrasiones, calor y productos químicos, mientras que los queratinocitos al estar estrechamente unidos

dificultan la invasión de microorganismos, los lípidos que se liberan de los gránulos laminares ayudan a reducir la evaporación de agua desde la superficie cutánea lo que previene la deshidratación, además, estos lípidos también limitan la entrada de agua durante el baño o la ducha el sebo producido por las glándulas sebáceas mantiene la piel y el cabello hidratados y contiene compuestos que eliminan bacterias por último el pH ácido de la transpiración contribuye a inhibir el crecimiento de microorganismos.(21)

3.3.2 Termorregulación

La piel juega un papel fundamental en la termorregulación, que es el proceso de mantener una temperatura corporal adecuada esto se logra principalmente a través de la liberación de sudor, cuando las temperaturas ambientales son elevadas o tras realizar ejercicio la producción de sudor aumenta y su evaporación desde la piel contribuye a reducir la temperatura corporal las glándulas sudoríparas ecrinas son las responsables de esta mayor producción de sudor por otro lado cuando la temperatura desciende la producción de sudor disminuye lo que ayuda a conservar el calor los vasos sanguíneos en la dermis se contraen lo que reduce el flujo sanguíneo en la piel y minimiza la pérdida de calor corporal. (22)

3.3.3 Reservorio corporal

La dermis alberga una extensa red de vasos sanguíneos que transportan del 8 al 10% del total del flujo sanguíneo de un adulto en reposo, por tal razón la piel actúa como un reservorio de sangre. (23)

3.3.4 Sensibilidad cutánea

La sensibilidad cutánea se genera en la piel e incluye percepciones como tacto, presión, vibración y cosquilleo, además de sensaciones térmicas como calor y frío. También abarca la percepción del dolor, que señala un daño que está ocurriendo o que podría ocurrir. (24)

3.3.5 Excreción y absorción

La piel desempeña un rol importante en la excreción, es decir en la eliminación de sustancias del cuerpo, y en la absorción que implica el ingreso de sustancias del entorno hacia las células, algunas sustancias liposolubles como las vitaminas A, D, E y K, así como ciertos medicamentos y los gases oxígeno y dióxido de carbono pueden atravesar la piel. (25)

3.3.6 Síntesis de vitamina D

La producción de vitamina D necesita que una molécula precursora en la piel sea activada por los rayos UV del sol posteriormente esta molécula activa es transformada por enzimas en el hígado y los riñones dando lugar finalmente al calcitriol que es la forma más activa de la vitamina D, la mayoría de las células del sistema inmunológico poseen receptores para esta vitamina, y son responsables de activarla en respuesta a infecciones. (26)

3.4 Definición de quemaduras

Se define como una lesión en los tejidos orgánicos causada por la acción de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo, que provoca alteraciones estructurales que pueden variar desde un eritema leve hasta la destrucción completa de los tejidos. (27)

3.5 Fisiopatología de las quemaduras

La piel es un órgano que cumple funciones biológicas cruciales, como la síntesis de vitamina D, la protección contra infecciones y otros agentes externos, y la regulación de la temperatura corporal, cuando ocurre una quemadura, se generan dos fenómenos:

3.5.1 Aumento de la permeabilidad

El calor aumenta la permeabilidad de los capilares, el paso de las proteínas plasmáticas al espacio intersticial produciendo un gran edema, con la consiguiente disminución del volumen sanguíneo y pudiendo llevar al paciente al colapso circulatorio. (28)

3.5.2 La vasodilatación

provoca un aumento de la presión hidrostática capilar que contribuye a la formación del edema, el líquido extravasado contiene en mayor o menor proporción plasma, agua y electrólitos, a medida que la lesión es más profunda y extensa las pérdidas son mayores, por lo que el peligro de shock aumenta. (29)

3.6 Etiología

Los agentes causales son:

3.6.1 Quemaduras térmicas

Son lesiones en la piel u otros tejidos orgánicos causadas por calor, radiación, radiactividad, electricidad, fricción o contacto con químicos, estas quemaduras pueden variar en severidad, desde lesiones superficiales en la piel hasta daños más profundos en los tejidos internos, dependiendo de la temperatura y el tiempo de exposición.(30)

3.6.2 Son lesiones en la piel y otros tejidos del Quemaduras eléctricas

cuerpo provocadas por el paso de corriente eléctrica, estas lesiones pueden suceder cuando una persona tiene contacto directo con una fuente de electricidad, como cables, dispositivos eléctricos defectuosos o instalaciones de alto voltaje, la gravedad de una lesión eléctrica varía de leve a grave y depende de varios factores, como la intensidad de la corriente, el tipo de corriente, la ruta de la corriente a través del cuerpo y la duración de la exposición.(31)

3.6.3 Quemaduras químicas

se produce cuando el tejido vivo es expuesto a una sustancia corrosiva, existe una gran cantidad de cáusticos como ácido sulfúrico, clorhídrico que llega a producir quemaduras la mayoría son productos de limpieza, los álcalis ocasionan quemaduras más profundas y progresivas, con una alta morbilidad, funcional y estética.

3.6.4 Quemaduras por radiación

Son las producidas por los rayos ultravioleta tras las exposiciones solares o por radiaciones ionizantes.

3.7 Tipos de quemadura

Consta de tres tipos

3.7.1 Quemadura de tipo A

Es una lesión en la piel que solo afecta la epidermis, la capa más externa de la piel en algunos casos, la dermis papilar, y se pueden clasificar en dos tipos, las quemaduras eritematosas se caracterizan por la vasodilatación del plexo dérmico superficial lo que resulta en una piel enrojecida, seca y turgente esta condición irrita las terminaciones nerviosas provocando escozor, picazón y dolor, debido a que la capa germinativa se conserva la epitelización ocurre en un plazo de 7 a 10 días, este tipo de quemadura es típico de la exposición solar en la playa.

Por otro lado, las quemaduras flictenulares, además de la vasodilatación, presentan un aumento en la permeabilidad del plexo dérmico superficial, lo que lleva a la formación de ampollas y edema, también se manifiestan con eritema cutáneo y son muy dolorosas debido a la irritación de las terminaciones nerviosas, la reepitelización en estos casos se produce en un período de 10 a 14 días. (32)

3.7.2 Quemadura de Tipo AB

También denominadas quemaduras intermedias, afectan principalmente la dermis y se distinguen por la destrucción parcial de la epidermis y de la capa superficial de la dermis, estas quemaduras se pueden clasificar en dos categorías según su profundidad.

Quemaduras intermedio-superficiales, en este tipo la piel se regenera a partir de los restos epidérmicos de los folículos pilosos y cicatrizan en un periodo de 7 a 14 días.

Quemaduras intermedio-profundas, estas quemaduras implican una mayor destrucción de la dermis, lo que provoca lesiones más profundas, se caracterizan por la presencia de ampollas gruesas con líquido turbio y una base roja, y son dolorosas su cicatrización se da entre 15 y 21 días. (33)

3.7.3 Quemadura de Tipo B

Se produce una destrucción completa de la piel, incluyendo sus anexos, así como trombosis en los plexos dérmicos superficial y profundo y en las terminaciones nerviosas lo que las hace indoloras, la piel adquiere una apariencia acartonada y dura, sin turgor, y presenta un color blanco grisáceo, formando una escara.

La epitelización ocurre únicamente mediante el avance convergente desde la periferia lo que resulta en una cicatriz hipertrófica que se vuelve retráctil y puede causar secuelas funcionales y estéticas graves, las quemaduras de tipo B deben ser sometidas a escarectomía e injerto lo antes posible, idealmente antes de que pasen 10 a 12 días desde la lesión. (34)

3.8 Diagnostico

3.8.1 Regla de los 9

Es una herramienta utilizada por profesionales médicos para evaluar la superficie corporal total (SCT) en pacientes con quemaduras. (35)

- **Toda la cabeza:** 9% (4,5% para anterior y posterior)
- **Todo el tronco:** 36% (se puede desglosar en 18% para el torso anterior y 18% para el torso posterior)
- **La cara anterior del tronco:** se puede dividir en el pecho y el abdomen, cada uno representando el 9%.
- **Extremidades superiores:** 18% (incluye 9% para cada extremidad superior)
- **Cada extremidad superior:** puede dividirse en sus respectivas porciones anterior y posterior (4,5% cada una).
- **Extremidades inferiores:** 36% (18% para cada una); se puede dividir en 9% para el aspecto anterior y 9% para el aspecto posterior.
- **La ingle:** 1%

3.9 Tratamiento

3.9.1 Tratamiento médico de urgencia

Se traslada al quemado a sala de urgencia, y se informa al personal de la misma que la víctima está en camino al hospital, de tal suerte un equipo especializado puede comenzar de inmediato medidas que salven la vida al quemado.

La prioridad inicial es asegurar un flujo respiratorio y circulatorio adecuado, en lesiones pulmonares leves se humidifica el aire y se instruye al paciente a toser para ayudar a eliminar las secreciones en casos más graves se administran broncodilatadores y agentes mucolíticos. Se sugiere la intubación endotraqueal en presencia de edema, así como el uso de presión positiva continua y ventilación mecánica cuando sea necesario. (36)

3.9.2 Tratamiento del desequilibrio hídrico y el choque

La necesidad más urgente después del tratamiento de las dificultades respiratorias, El objetivo de la reanimación es recuperar líquidos y electrolitos perdidos y prevenir el choque irreversible, se instalará las líneas intravenosas y el catéter en la reanimación y se obtiene peso y análisis del laboratorio de referencia, y debe ser vigilado estrechamente en el periodo que sigue la quemadura. (37)

3.9.2.1 Reposición de líquidos

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 glucosadas por lo menos en las primeras 48 horas ya que la solución hipotónica no

sirve para mantener un adecuado volumen intravascular y además existe una natural tendencia a la hipoglucemia, la fórmula utilizada debe ser consistente con la misma velocidad de infusión con el monitoreo diario de diuresis entre 1 y 2 ml/kg, independientemente de la fórmula utilizada.

El paso de líquidos al espacio intersticial no puede ser detenido, pero se puede permitir la reposición de líquidos, el medico calcula las necesidades correspondientes en las primeras 24 horas por evaluación de la quemadura y puede apropiar una combinación de diversos tipos de líquidos para el paso de líquidos al espacio intersticial.

Puede ser apropiado la combinación de diversos tipos de líquidos

- Soluciones coloidales, como la sangre completa, plasma y expansores.
- Soluciones de cristaloides y electrolitos como la solución fisiológica o de cloruro de sodio y la solución de Ringer con Lactato.

La reanimación adecuada con líquidos produce una ligera reducción en los niveles sanguíneo durante las primeras 24 horas después de la quemadura y restaura las normales concentraciones de plasma al cabo de 48 horas, las fórmulas son elaboradas para calcular la perdida de líquidos según el porcentaje estimativo de área quemada y el peso del paciente, después, la herida de inmediato se cubre con un injerto de piel o apósito. (38)

3.9.2.2 Método de Parkland

Es un método de cálculo para estimar la cantidad de líquido intravenoso (generalmente solución de Ringer Lactato) que debe administrarse a un paciente quemado en las primeras 24 horas posteriores al trauma.

Con la siguiente formula

Volumen de liquidos (ml)=4×peso del paciente (kg)×%de superficie corporal quemada (SCQ)

- El volumen calculado corresponde a la cantidad de Ringer lactato que se debe administrar en las primeras 24 horas
- De este volumen, el 50% se administra durante las primeras 8 horas desde la quemadura
- El restante se administra en las siguientes 16 horas.

3.9.3 Tratamiento nutricional

El tratamiento nutricional de pacientes con quemaduras se basa en su estado previo a la lesión y en la extensión de la superficie afectada, se utilizan fórmulas para calcular las necesidades metabólicas y calóricas diarias, asegurando la inclusión de lípidos en la dieta de todos los quemados, los carbohidratos son esenciales para cubrir las necesidades calóricas, con el objetivo de prevenir que las proteínas se utilicen como fuente de energía, la ingesta de proteínas puede oscilar entre 1.5 y 4.0 g/kg en 24 horas. La inclusión de lípidos es crucial debido a su papel en la cicatrización de heridas, en las funciones celulares y en la absorción de vitaminas liposolubles, los carbohidratos deben satisfacer las necesidades calóricas que pueden llegar hasta 5000 cal/día, y así evitar que las proteínas se utilicen como energía, ya que son vitales para la recuperación de las heridas.

Una vez que se restaura la función gastrointestinal y el paciente está estabilizado, comienza el tratamiento nutricional, mientras que algunos pacientes toleran alimentos y líquidos por vía oral aquellos con quemaduras extensas a menudo requieren dietas endovenosas para asegurar un adecuado aporte calórico diario ya que las deficiencias nutricionales afectan la curación y la reversión de la lesión. (39)

3.9.4 Injertos de la piel

Si las heridas son profundas o de gran magnitud, no es posible la reepitelizacion espontanea, por lo tanto, se necesita trasplante de piel o injerto (autoinjerto), la prioridad para los injertos de la piel recae en la cara, las manos y áreas funcionales como los pies y las regiones de articulación, las incisiones facilitan la restauración funcional con mayor disposición y reducen la aparición de contracturas, cuando las quemaduras son extensas, se procede a los injertos del tórax y el abdomen para

reducir la extensión de la cicatriz, el tratamiento de las cicatrices va acompañado de un cuidado adecuado.

La curación de las quemaduras es acompañada de granulación tejido, que enfrenta a las bacterias y actúa como lecho para la reproducción de células epiteliales.

Las visitas periódicas a los pacientes y sus familias brindan apoyo emocional y orientación sobre el cuidado de la piel, el uso de cosméticos y estrategias de afrontamiento relacionadas con la adaptación social, los órganos y centros regionales apoyan a los pacientes después de su estancia en el hospital, ofreciendo actividades sociales y programas de reanudación para estudios escolares o actividades de prevención de incendios. (40)

3.10 Etapa intermedia o aguda del cuidado de la quemadura

La etapa intermedia de los cuidados de quemaduras se remonta a la inmediata, comienza 48 a 72 horas después de la quemadura, esta etapa se realiza la valoración y mantenimiento continuo del estado respiratorio y circulatorio, equilibrio hidroelectrolítico y función gastrointestinal.(41)

3.10.1 La herida por quemadura

Las quemaduras tienen un parecido a las heridas el cual reciben tratamiento quirúrgico, ya que una gran cantidad de tejido necrótico se deja en su sitio durante un prolongado periodo, colonizado por bacterias patógenas, emana del exudado, proteínas y electrolitos, y requiere injertos de piel para el cierre permanente de la herida. (42)

3.10.2 Riesgo de infección

No obstante, las medidas de asepsia y el uso de antibacterianos de aplicación tópica, las quemaduras son una medida ideal para la reproducción y proliferación de microbios como Staphylococcus, proteus, psedomonas, escherichia coli y kleibsiella, sin necesidad de anticuerpos o antibióticos administrados por vía sistémica, ya que la escara es una costra no viable.

Es factible que las bacterias alcancen concentraciones exorbitantes (de 1000 millones por gramo de tejido) y en forma subsecuente se propaguen por el torrente sanguíneo o liberen sus toxinas, que llegan a sitios distantes, también hongos del tipo de cándida albicans suelen crecer con facilidad en las heridas por quemadura. (43)

Durante el período de reepitelización espontánea o incisión de la piel es crucial proteger el área afectada de la sepsis, que tiene características clave:

- Inflamación
- Estasis circulatoria y trombosis en vasos dérmicos.

3.11 Cuidados generales de la herida

La limpieza y desbridamiento, antimicrobianos tópicos o profundos a la escara, y uso de gasa, biológicos, biosintéticos o sintéticos son procedimientos especiales para las quemaduras del rostro, orejas, ojos y genitales, y el uso de oxigenoterapia hiperbárica es controvertido para facilitar la cicatrización de las heridas.

3.11.1 Etapa intermedia o aguda del cuidado de la quemadura

La etapa intermedia de los cuidados de quemaduras se remonta a la inmediata, comienza 48 a 72 horas después de la quemadura, esta etapa se realiza la valoración y mantenimiento continuo del estado respiratorio y circulatorio, equilibrio hidroelectrolítico y función gastrointestinal.(44)

3.11.2 La herida por quemadura

Las quemaduras tienen un parecido a las heridas el cual reciben tratamiento quirúrgico, ya que una gran cantidad de tejido necrótico se deja en su sitio durante un prolongado periodo, colonizado por bacterias patógenas, emana del exudado, proteínas y electrolitos, y requiere injertos de piel para el cierre permanente de la herida. (45)

3.11.3 Riesgo de infección

No obstante, las medidas de asepsia y el uso de antibacterianos de aplicación tópica, las quemaduras son una medida ideal para la reproducción y proliferación de

microbios como Staphylococcus, proteus, psedomonas, escherichia coli y kleibsiella, sin necesidad de anticuerpos o antibióticos administrados por vía sistémica, ya que la escara es una costra no viable.

3.11.4 La exposición al sol

- Utilizar una protección con filtros adecuados, renovándola cada dos horas
- Utilizar protector solar incluso si los niños están en lugares sombras, colocando sombrillas y gorras, ya que el sol puede quemarlos.
- Evitar exposición al sol en las horas más intensas de radiación, entre las once y dieciséis horas. (46)

3.12 Rehabilitación

3.12.1 Fisioterapia en niños con quemadura

La fisioterapia es una terapia que enfoca en mantener y restablecer una función adecuada en el niño, proporcionando independencia y autonomía en sus actividades e integración en su ambiente.

Los rehabilitadores y los pacientes enfrentan importantes desafíos durante el proceso de rehabilitación, como la aparición de cicatrices hipertróficas y queloides, que incrementan el riesgo de contracturas, limitaciones funcionales y deformidades, la fisioterapia es fundamental para prevenir cicatrices anormales, ya que ayuda a regular el movimiento y la ubicación de los tejidos, favoreciendo una cicatrización adecuada. Un movimiento excesivo puede provocar inflamación crónica y disminuir la fibroplasia, mientras que una inmovilización excesiva puede dar lugar a una mala organización del colágeno, entrecruzamiento del tejido cicatricial y deshidratación, para abordar estas cuestiones, se utilizan técnicas como la presoterapia y la restricción asistida. (47)

3.12.2 Presoterapia en niños con quemadura

Se aplica a través de los masajes sobre la cicatriz, el uso de trajes de lycra y la aplicación de láminas de silicona.

Los masajes, a pesar de carecer de una base científicamente válida, se utilizan universalmente para aliviar el dolor y relajar, con una hidratación previa de la cicatriz y una posición de sedación.

El objetivo es preservar y mantener la máxima eficiencia funcional de una parte del cuerpo con el mínimo esfuerzo, se emplean férulas en casos de limitación articular, deformidades, debilidad muscular, posiciones antálgicas, retracciones, adherencias cicatriciales, lesiones recientes, o en niños que no pueden colaborar.

Para que las férulas sean efectivas, deben confeccionarse con los segmentos articulares en una posición funcional, aplicarse de inmediato y ajustarse de manera suave, deben ser livianas, estéticas, sin áreas de presión y seguras para el resto de la extremidad pueden ser utilizadas de forma emergente en fases agudas o postquirúrgicas, y de manera temporal en etapas subagudas o crónicas, alternando períodos de uso con descansos que van de 30 minutos a una hora. (48)

3.13 Cuidados de enfermería

3.13.1 Cuidados enfermería en quemaduras de tipo A

I. Valoración inicial

- Es importante evaluar la extensión y la profundidad de la quemadura, así como el nivel de dolor que experimenta el paciente.

II. Alivio del dolor:

- Se deben administrar analgésicos de acción rápida, como paracetamol o ibuprofeno, conforme a las indicaciones médicas para controlar el dolor.

III. Enfriamiento de la zona afectada:

- Se recomienda aplicar agua fría (nunca hielo) sobre la quemadura durante varios minutos para reducir la inflamación y evitar que la quemadura empeore.

IV. Hidratación:

- Es fundamental asegurar que el paciente mantenga una adecuada hidratación oral para prevenir la deshidratación.

V. **Cuidado de la piel**:

- Se deben aplicar cremas hidratantes o gel de aloe vera para aliviar la piel irritada. Es importante evitar productos que contengan alcohol, ya que pueden causar más irritación.

VI. Monitoreo de signos de infección:

- Se debe estar atento a posibles signos de infección, como aumento del enrojecimiento, secreciones o fiebre.

VII. **Educación al paciente**:

- Es importante instruir al paciente sobre la necesidad de evitar la exposición directa al sol hasta que la quemadura esté completamente cicatrizada.

3.13.2 Cuidados de enfermería en quemaduras de tipo AB

I. Valoración inicial:

- Es necesario evaluar la extensión y la profundidad de la quemadura, las áreas afectadas y cómo está respondiendo el paciente ante la lesión.

II. Manejo del dolor:

- Se deben administrar analgésicos, ya sean opioides o no opioides, dependiendo de la intensidad del dolor. En casos de quemaduras extensas, se podría considerar el uso de sedación.

III. Enfriamiento:

- Se debe aplicar agua fría sobre la quemadura durante 10-20 minutos para evitar que la lesión empeore, pero se debe evitar el uso de hielo directo sobre la piel.

IV. **Protección de la quemadura**:

- Si se presentan ampollas, es importante no romperlas. La quemadura debe cubrirse con un apósito estéril no adherente para prevenir infecciones.

V. Limpieza y desbridamiento:

- Si hay escaras o tejido muerto, se debe realizar un desbridamiento bajo supervisión profesional para evitar la propagación de infecciones

VI. Hidratación:

- Se debe alentar al paciente a tomar líquidos, y si es necesario, se pueden administrar líquidos intravenosos para evitar la deshidratación.

VII. Monitoreo de signos de infección:

- Es fundamental estar atento a la aparición de signos de infección en las quemaduras profundas, como secreción purulenta o fiebre.

VIII. Prevención de cicatrices:

- Se deben aplicar cremas hidratantes y productos específicos para minimizar la formación de cicatrices queloides.

3.13.4 Cuidados de enfermería en quemaduras de tipo B

I. Valoración inicial:

- Evaluar la extensión de la quemadura y la posible afectación de áreas vitales. Valorar signos de shock (presión arterial baja, taquicardia, etc.).

II. Manejo del shock:

- Si el paciente está en shock, administrar líquidos intravenosos de manera urgente (soluciones cristaloides como Ringer lactato) para restablecer el volumen circulatorio.

III. Control del dolor:

- Administrar analgésicos fuertes y, si es necesario, analgésicos intravenosos o sedación.

IV. Enfriamiento inmediato:

- No aplicar agua fría, ya que esto puede empeorar el daño, en cambio cubrir la quemadura con sábanas limpias y frías si es posible.

V. Vigilancia de la respiración:

- Si las quemaduras son en la cara o el cuello, evaluar la función respiratoria y signos de daño a las vías respiratorias.

VI. Prevención de infecciones:

- Mantener el área afectada cubierta con apósitos estériles y realizar curas regulares, usar antibióticos tópicos si es necesario.

VII. Tratamiento quirúrgico:

- Preparar al paciente para posibles injertos de piel o cirugía reconstructiva si la quemadura es extensa.

VIII. Hidratación intravenosa:

- Administrar líquidos para prevenir la deshidratación grave y la insuficiencia renal.

IX. Monitoreo de la función renal:

- Debido a la posible afectación renal por la deshidratación, es importante controlar la función renal a través de análisis de orina y sangre.

X. Apoyo emocional:

- Debido a la gravedad de las quemaduras, proporcionar apoyo psicológico al paciente y a su familia.

3.14 Prevención de las quemaduras en niños

Los niños son altamente susceptibles al fuego tanto a incendios como a explosiones, debido a su curiosidad e ignorancia sobre los peligros del fuego.

Las quemaduras son accidentes comunes especialmente en niños menores de cinco años, y pueden dejar secuelas físicas, psicológicas y sociales que perduran a lo largo de la vida, los hogares son el lugar donde ocurren con mayor frecuencia y debido a su gravedad es crucial implementar medidas especiales de prevención.

Los factores que generalmente provocan quemaduras incluyen líquidos (la causa más frecuente en niños pequeños) objetos calientes, fuentes de luz, electricidad, calor, sustancias químicas, material pirotécnico y la exposición al sol.

Muchos pacientes necesitan terapia física y ocupacional varias veces por semana lo que incluye ejercicios específicos y el uso de dispositivos de presión, también se les ofrece información escrita aquellos que reciben tratamiento en un centro especializado para quemados suelen volver periódicamente para evaluaciones ajustes en el cuidado en casa y planificación de cirugía reconstructiva. Algunos pueden requerir servicios de rehabilitación antes de regresar a su hogar, además las personas con depresión severa o que tienen dificultades para adaptarse a sus roles sociales y laborales pueden necesitar consultar a un psicólogo, psiquiatra o asesor vocacional. (49)

CAPITULO IV

CAPÍTULO IV

Diseño metodológico

4.1. Enfoque de investigación

4.1.1. Enfoque Cuantitativo

El enfoque de investigación es una estrategia y un procedimiento que facilita la comprensión de la realidad desde diversas perspectivas, en este caso el estudio se fundamenta en un enfoque cuantitativo que se centra en la recolección y el análisis de datos estadísticos este enfoque permite establecer relaciones entre el conocimiento existente y lo que se puede descubrir a través de la investigación con el objetivo de responder a las preguntas planteadas en el estudio. (50)

Mediante la aplicación del instrumento se obtendrán datos medibles, que serán factibles de representación estadística mediante gráficas sujetas a análisis respecto a las barreras físicas, psicológicas y sociales en niños de 1 a 14 años con quemaduras de tipo AB y B hospitalizados en el servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel

4.2 Tipo de investigación

4.2.1 Según la finalidad de estudio

a) Descriptivo

La investigación descriptiva hace referencia al proceso de diseño del estudio, formulación de preguntas y análisis de los datos que se llevarán a cabo sobre el tema durante la investigación. (51)

El trabajo de investigación es descriptivo ya que se establecerá las barreras físicas, psicológicas y sociales en niños de 1 a 14 años con quemaduras de tipo AB y B hospitalizados en el servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel.

4.2.2 Según la secuencia temporal

Transversal

Los estudios transversales son un tipo de investigación observacional que examina los datos de las variables recolectadas en un momento específico dentro de una muestra de población o un subconjunto previamente establecido. (52)

La recolección de datos se realizará en el segundo semestre del año 2024.

Variable independiente

- Quemaduras de tipo AB y B en niños de 1 a 14 años

Variable dependiente.

- Barreras físicas, psicológicas y sociales en niños de 1 a 14 años.

4.2.3 Según el inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos

a) Prospectivo

El concepto de prospectiva también está vinculado a la futurología que se enfoca en estudiar el futuro con el fin de comprenderlo y de esta manera poder influir en él menor tiempo posible. (53)

La presente investigación es prospectiva porque se va recolectando la información a medida que pasen los hechos sobre las barreras físicas, psicológicas y sociales en niños de 1 a 14 años con quemaduras de tipo AB y B hospitalizados en el servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel.

4.3 Métodos de investigación

a) Deductivo

El método deductivo es un proceso de investigación que emplea un tipo de pensamiento que va desde un razonamiento más general a lo más lógico basado en leyes o hasta los hechos específicos. (54)

El método de estudio será deductivo porque nos permitirá relacionar las barreras físicas, psicológicas y sociales que afectan la vida del niño, en la presente investigación mediante datos numéricos y estadísticos se relacionara como estas barreras afecta hasta la determinación de aspectos específicos individuales que afectan la salud del niño.

4.4 Técnicas de investigación

La técnica que se utilizó para la presente investigación será:

a) Encuesta

El presente trabajo de investigación ha utilizado como técnica la encuesta que permitirá medir y entrar en contacto con la población de estudio.

La encuesta se aplicará a las madres y niños de 1 a 14 años que presentan quemaduras de tipo AB y B hospitalizados en el servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel.

4.5 Instrumentos de investigación

a) Cuestionario

Es el conjunto de preguntas, preparados sobre los hechos y aspectos de la investigación. (55)

Como instrumento se utiliza un cuestionario que está constituido por preguntas dicotómicas y preguntas de selección múltiple, que están dirigidas a la madre del niño hospitalizado del servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel.

4.6 Fuentes de información

4.6.1 Fuente primaria.

Corresponde al instrumento a la recolección de información que fue el cuestionario aplicado a la población de estudio.

4.6.2 Fuente secundaria.

Las fuentes secundarias corresponden a informar que se obtiene de libros, documentos científicos, sitios web, artículos científicos, manuales, revistas, informaciones estadísticas, revisiones bibliográficas, y documentos institucionales del hospital.

4.7 Universo, población y muestra

4.7.1 Universo.

La investigación está constituida por los niños de 1 a 14 años con quemaduras de tipo AB y B hospitalizados en el servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel

4.7.2 Población

La población es de 297 dentro del rango de edad 1 año a 14 años, la información ha sido obtenido del cuaderno de estadística de ingreso y egresos del servicio de quemados.

4.7.3 Muestra

Para esta investigación se determinó el tamaño de muestra finita de acuerdo con el siguiente desarrollo.

4.7.4 Tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el cálculo del tamaño de la muestra a continuación se detalla la cantidad de elementos que comprende la muestra.

N= 297 niños de 1 a 14 años

Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es de 95%)

p= proporción del evento de estudio (en este caso 5%=0.05)

q= 50% complemento de pe (1-p) (en este caso 1-0.05=0.05)

E2= 5% error absoluto. (0.05)

Formula de muestreo

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2(N-1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 297}{0.05^2(297-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 168$$

4.8 Criterio de la selección de la Población

4.8.1 Criterio de inclusión

- Niños de 1 a 14 años que presentan quemaduras de tipo AB y B hospitalizados en el servicio de quemados del Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel.
- Madres, padres o tutores que den consentimiento.

4.8.2 Criterios de exclusión

- Mayores de 15 años
- Madres, padres o tutores que no den consentimiento.

4.9 Muestreo

No probabilístico: el muestreo no probabilístico es una técnica utilizada en la muestra estadística que a diferencia de la muestra probabilística no permite que todos los individuos de una población a investigar posean las mismas oportunidades de selección puede ser clasificado en muestreo por cuotas de conveniencia bola de nieve o muestreo discrecional.

Se obtendrá datos por el método no probabilístico por conveniencia.

4.10 Procedimiento para la recolección de la información

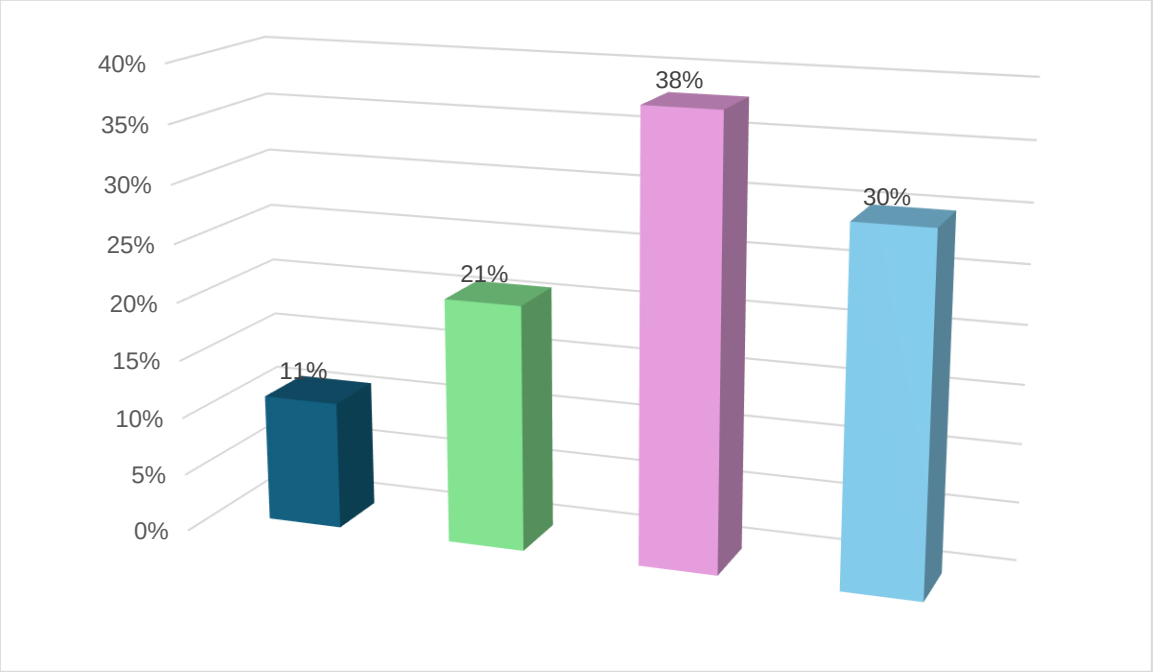
- Presentación de la propuesta de investigación, perfil de tesis a Dirección de carrera.
- Asignación de tutor y lectores
- Aprobación del perfil de investigación.
- Se solicitó una carta de presentación dirigida al responsable del servicio de quemados Manuel Ascencio Villarroel con la finalidad de obtener las facilidades correspondientes.
- Coordinación con el responsable del servicio de quemados Manuel Ascencio Villarroel para ejecutar la encuesta sobre las barreras físicas, psicológicas y sociales en niños con quemaduras de tipo AB y B
- Se ejecutará la recolección de los datos mediante el cuestionario.
- La población es de 1 año a 14 años de niños hospitalizados en el servicio de quemados Manuel Ascencio Villarroel recibirán una breve explicación sobre el instrumento indicando que es anonimato.
- Se procederá la recolección de datos mediante el cuestionario de forma física en hojas tamaño carta donde se puso las respectivas preguntas y respuestas a elección.
- El llenado del cuestionario será de forma individual que se realizar marcando, la respuesta que vea conveniente, también se indicó que será anónimo su nombre con la finalidad de obtener datos más relevantes.
- Tabulación de datos y elaboración de gráficos estadísticos con apoyo del programa Excel.
- Análisis e interpretación de resultados.
- Aprobación de informe final por instancias universitarias correspondiente.

CAPITULO V

CAPÍTULO V

Interpretación y análisis de resultados

Gráfica 1 Distribución de rango de edad de madres de niños que acuden al servicio de quemados del Hospital Manuel Ascencio Villarroel en 2024. (n=168)



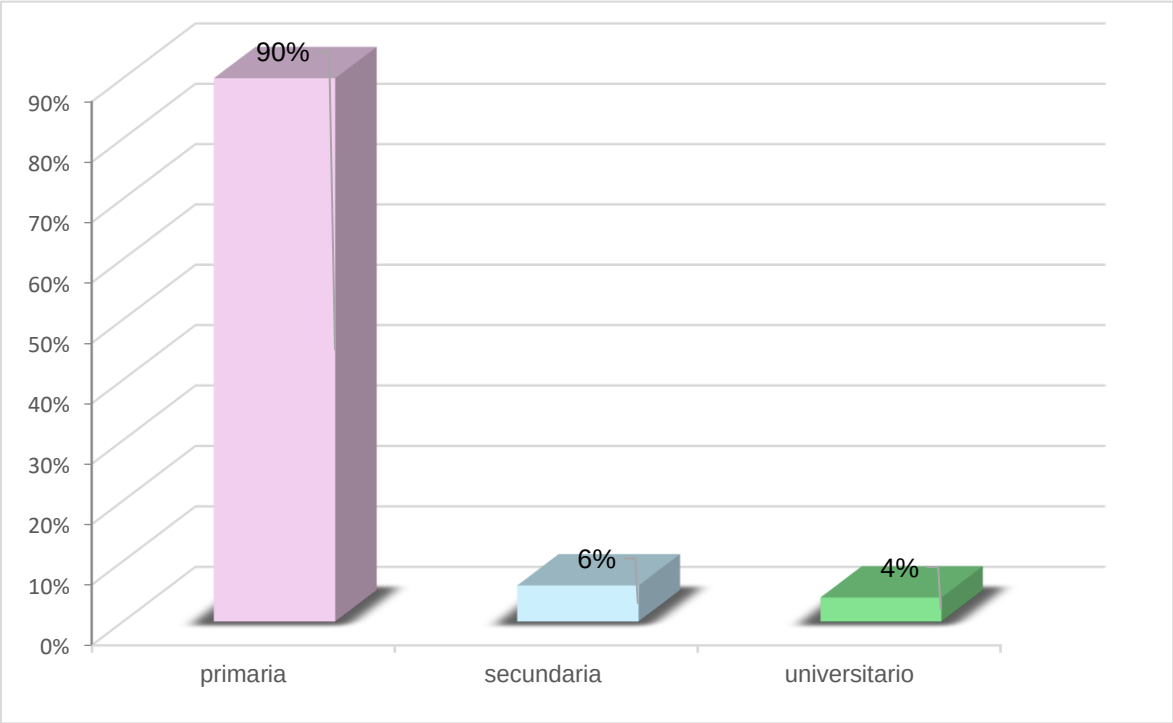
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

Se observa que, del total de la población estudiada,38% tienen entre 28 a 30 años, el 30% tiene entre 31 a 35 años, el 21% de 25 a 27 años y un 11% se encuentran entre las edades de 22 a 24 años

Esto nos indica que la mayoría de las madres son jóvenes cuya fortaleza, energía e ímpetu les permite cuidar a los niños y seguir de cerca la evolución del niño quemado a través de los controles periódicos que deben de cumplir hasta lograr alta médica y las sesiones de fisioterapia que requiera durante su etapa de recuperación.

Gráfica 2 Nivel de formación de las madres de niños que acuden al servicio de quemados (n=168)



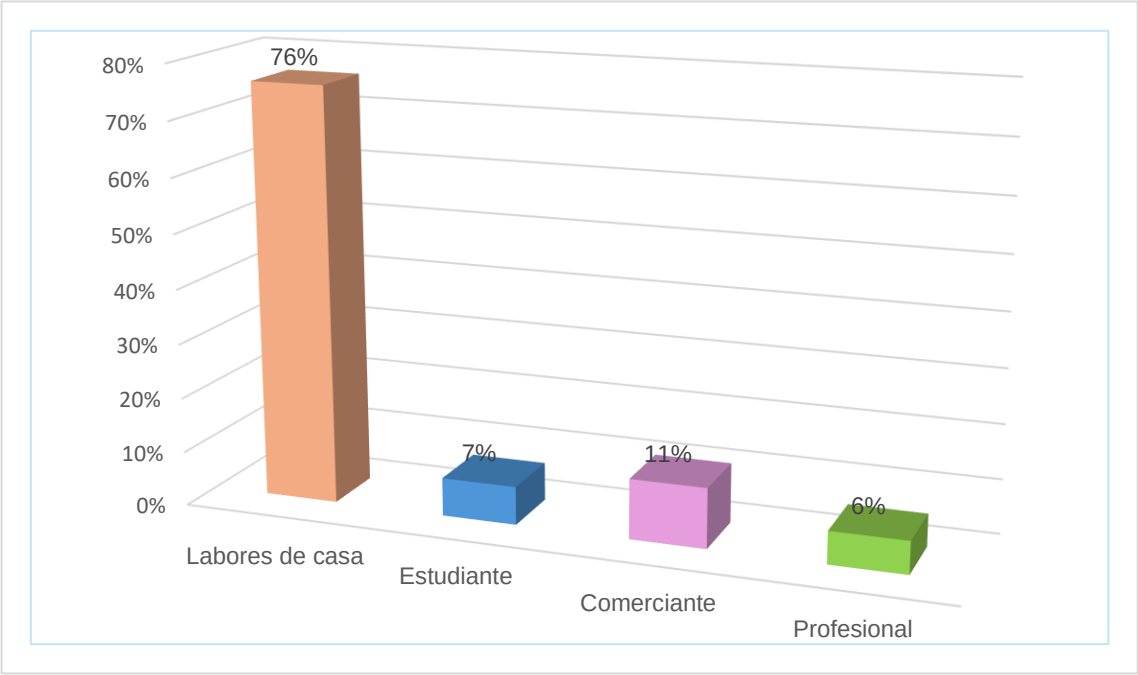
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 90% alcanzo el nivel primario, el 6% llegó a nivel secundario y solo el 4% tiene instrucción universitaria.

El bajo nivel educativo de la población estudiada puede influir en su conocimiento sobre las quemaduras y cómo prevenir accidentes en el hogar, ya que la educación facilita el acceso a la información o la búsqueda de esta ya que es importante que los padres conozcan los cuidados necesarios para la recuperación de su niño y trabajen de manera conjunta con el personal de salud para asegurar una adecuada rehabilitación del menor.

Gráfica 3 Ocupación de las madres de niños quemados (n=168)



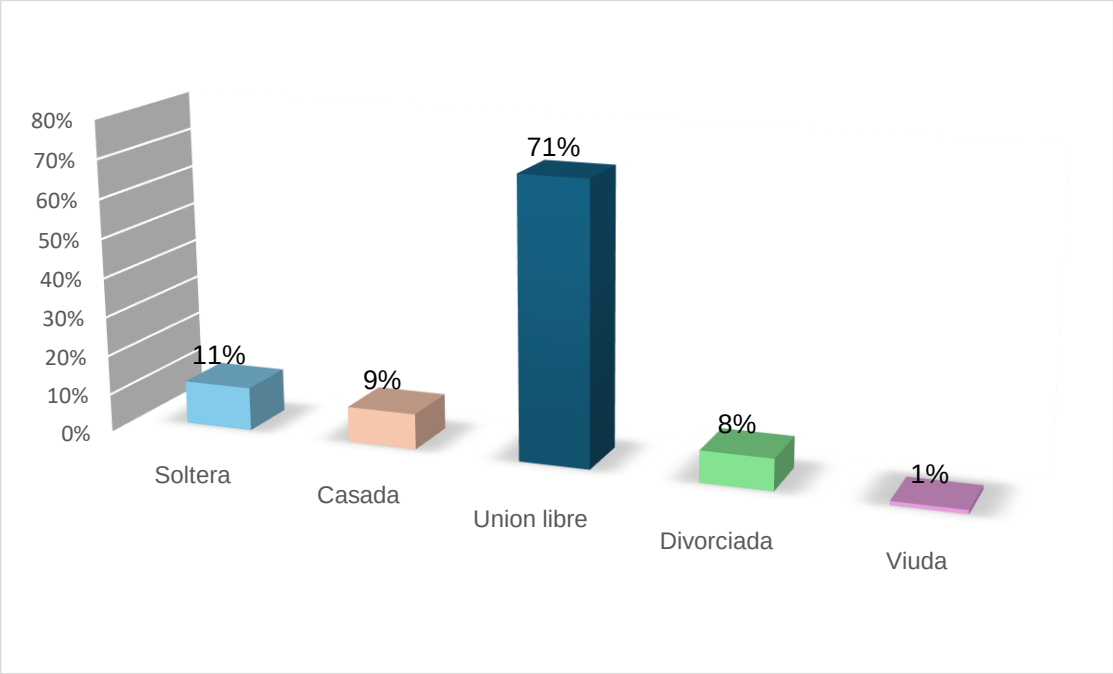
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 76% de las madres realizan labores de casa, el 11% son comerciantes, un 7% son estudiantes, y el 6% son profesionales.

La mayoría de las madres se ocupan del hogar, cuidando a su familia, aunque las tareas del hogar son complejas ellas tienen la gran responsabilidad de su niño que sufrió la quemadura, debido a que es importante que se mantengan atentas a su proceso de recuperación y rehabilitación.

Gráfica 4 Estado civil de las madres de niños quemados (n=168)



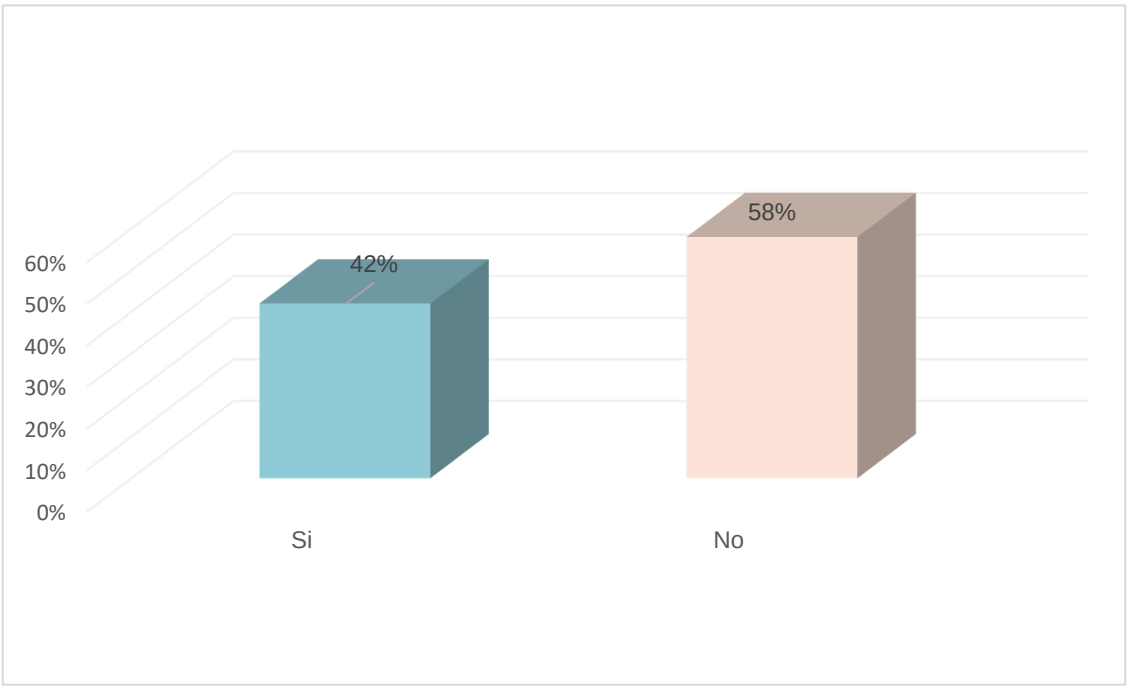
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 11% de las madres son solteras, un 9% son casadas, 71% unión libre, 8% divorciadas y el 1% son viudas, el resultado muestra un alto porcentaje de mujeres que viven en unión libre.

Es importante el apoyo de otra persona y que comparta la responsabilidad en esta etapa ya que puede contribuir al cuidado del niño, la responsabilidad de la salud del niño quemado debe ser compartida entre ambos padres que son responsables de su cuidado y poder colaborar en el proceso de recuperación del niño.

Gráfica 5 Información recibida sobre quemaduras (n=168)



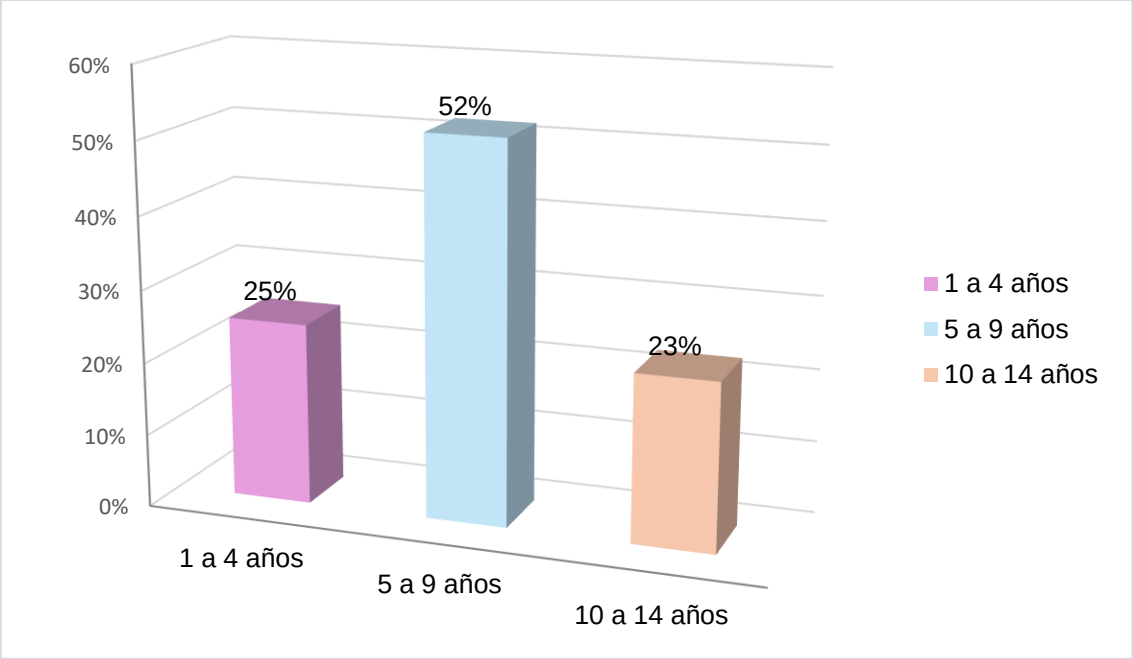
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

Según los resultados obtenidos el 58% no recibió ningún tipo de información, esto hace que la población no tome conciencia de cómo prevenir las quemaduras de sus niños, un 42% si recibió alguna vez información sobre las quemaduras.

El hecho de que las madres no hayan recibido información adecuada puede representar un riesgo ya que esto podría afectar la atención que el niño reciba en el hogar, aspectos fundamentales como una alimentación correcta, higiene, apoyo psicológico y la importancia de los controles médicos y la fisioterapia podrían no ser correctamente gestionados, es esencial que las madres estén informadas para garantizar que el niño reciba los cuidados necesarios para una recuperación completa.

Gráfica 6 Edad del niño(a) quemado (n=168)



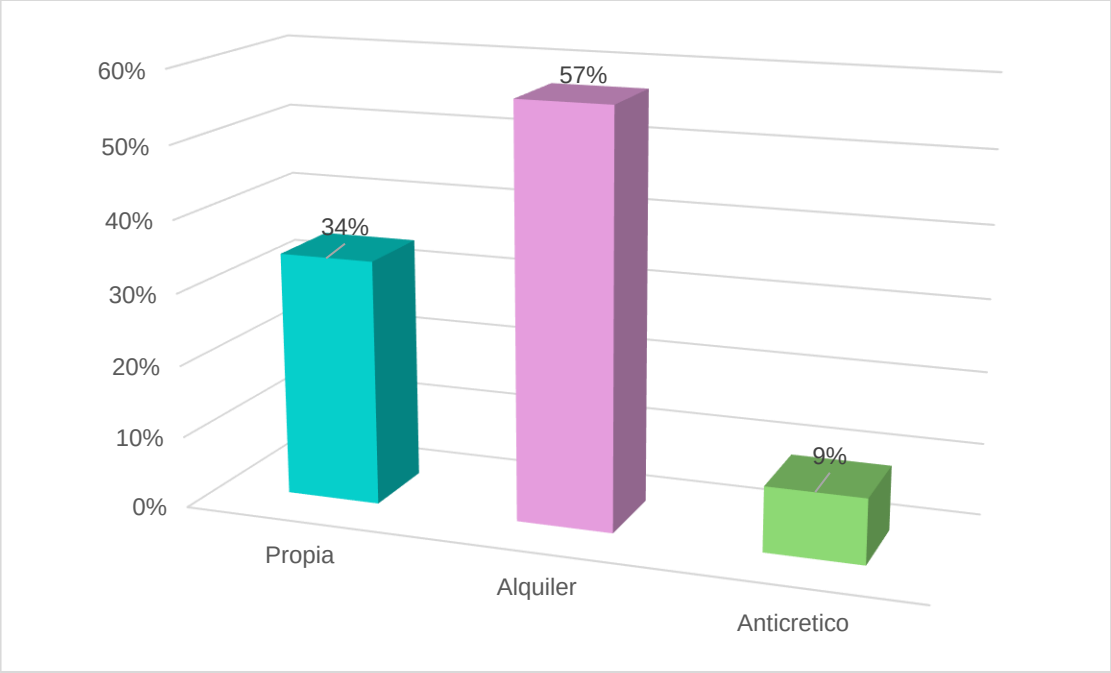
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados

Se observa que: del total de población estudiada, 52% tienen entre 5 a 9 años, y el 25% de los niños tienen entre 1 a 4, el 23% de 10 a 14 años.

Los niños de 5 a 9 años, que se encuentran en una etapa de desarrollo y crecimiento, son más propensos a sufrir quemaduras debido a su curiosidad y su creciente autonomía en las actividades diarias. Por otro lado, los niños de 10 a 14 años atraviesan una etapa de rebeldía, donde desean realizar sus actividades de forma independiente, lo que también aumenta el riesgo de accidentes. En cuanto a los niños de 1 a 4 años, son particularmente vulnerables debido a su desarrollo motor y cognitivo, lo que implica que a menudo no tienen la capacidad de reconocer los peligros, exponiéndolos a mayores riesgos.

Gráfica 7 Tipo de vivienda en la que vive (n=168)



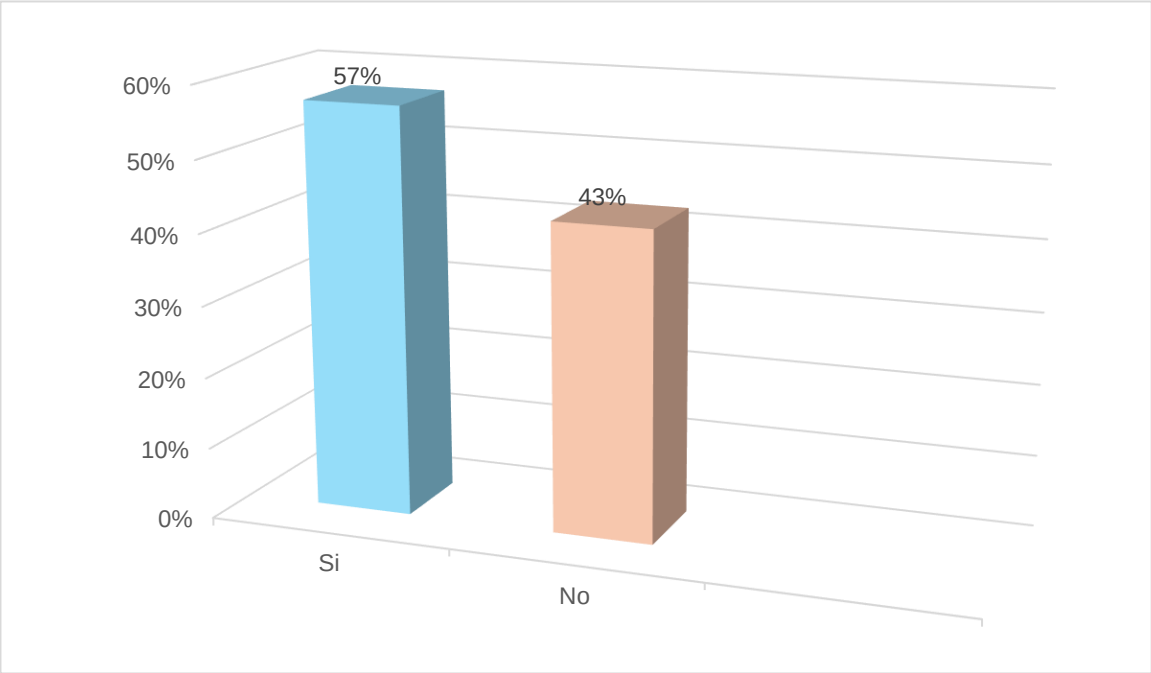
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 57% viven en una vivienda en alquiler, un 34% cuentan con una vivienda propia, y el 9% viven en una vivienda en anticrético.

El tipo de vivienda en la que viven los niños de la población estudiada ofrece información clave sobre las condiciones socioeconómicas al momento de realizar un contrato que no les permite acceder a viviendas aptas para que los niños estén exentos de sufrir algún tipo de accidentes en el hogar y las posibles vulnerabilidades a las que podrían estar expuestos a diario.

Gráfica 8 Vivienda con ambiente exclusivo para cocinar (n=168)



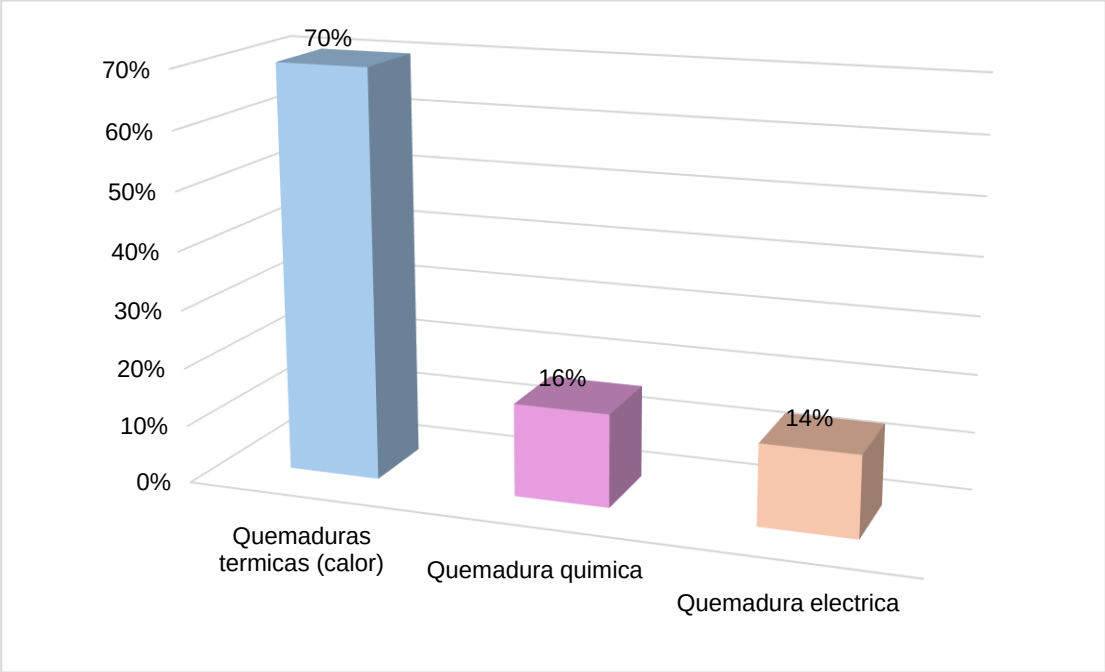
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 57% de los encuestados si tiene acceso a un ambiente exclusivo para cocinar, mientras que el 43% no dispone de este tipo de espacio.

La mayoría de los encuestados tiene acceso a un espacio exclusivo para cocinar, pero esto no significa que estén exentos de sufrir accidentes que impliquen quemaduras, por otro lado aquellos que no cuentan con un espacio adecuado para cocinar enfrentan un mayor riesgo de quemaduras por agua caliente, las características de las viviendas en nuestra comunidad no siempre responden a las necesidades de los habitantes sino que están más relacionadas con la forma de vida de las familias, esto está influenciado por factores culturales y el nivel socioeconómico de la población.

Gráfica 9 Tipo de quemadura que presenta el niño(a) (n=168)



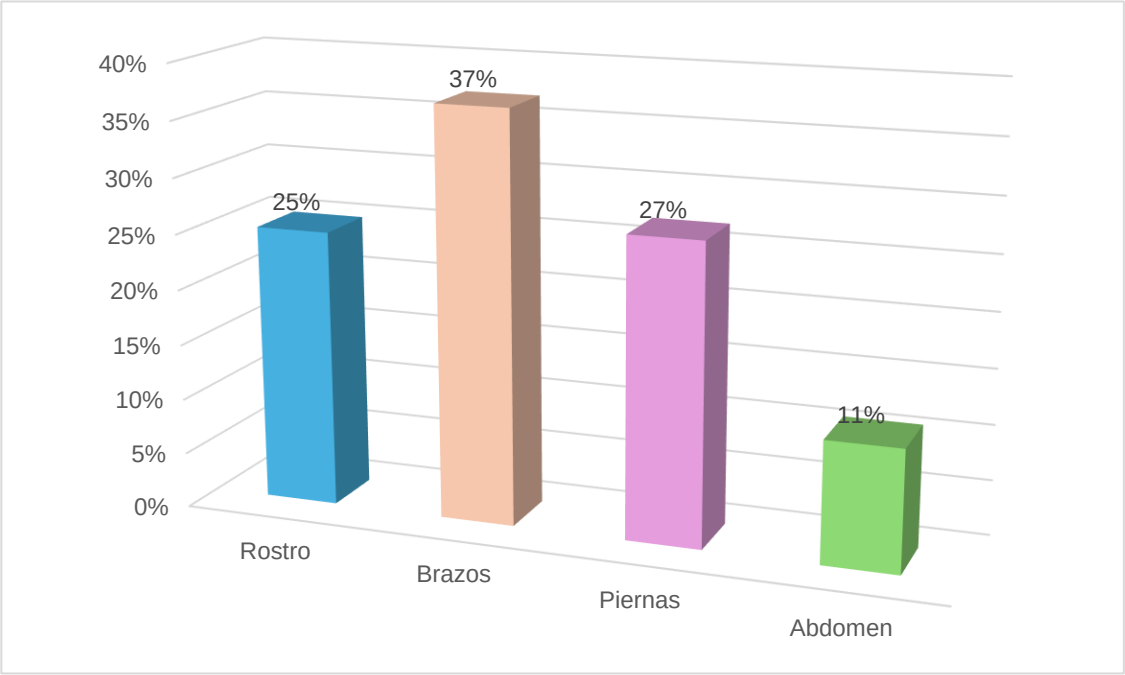
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados

En el gráfico se observa que un 70% de los niños sufrieron quemadura térmica (calor), el 16% sufrieron quemadura química y 14% de los niños sufrieron quemadura eléctrica.

La mayoría de los niños sufrió quemaduras térmicas, ya sea por agua caliente o por alimentos líquidos calientes, lo que refleja una alta incidencia de estos accidentes, este dato resalta la importancia de implementar medidas de seguridad en el hogar, especialmente en áreas como la cocina, donde las fuentes de calor como estufas y líquidos calientes son comunes y presentan un riesgo constante.

Gráfica 9 Área o zona del cuerpo sufrió la quemadura (n=168)



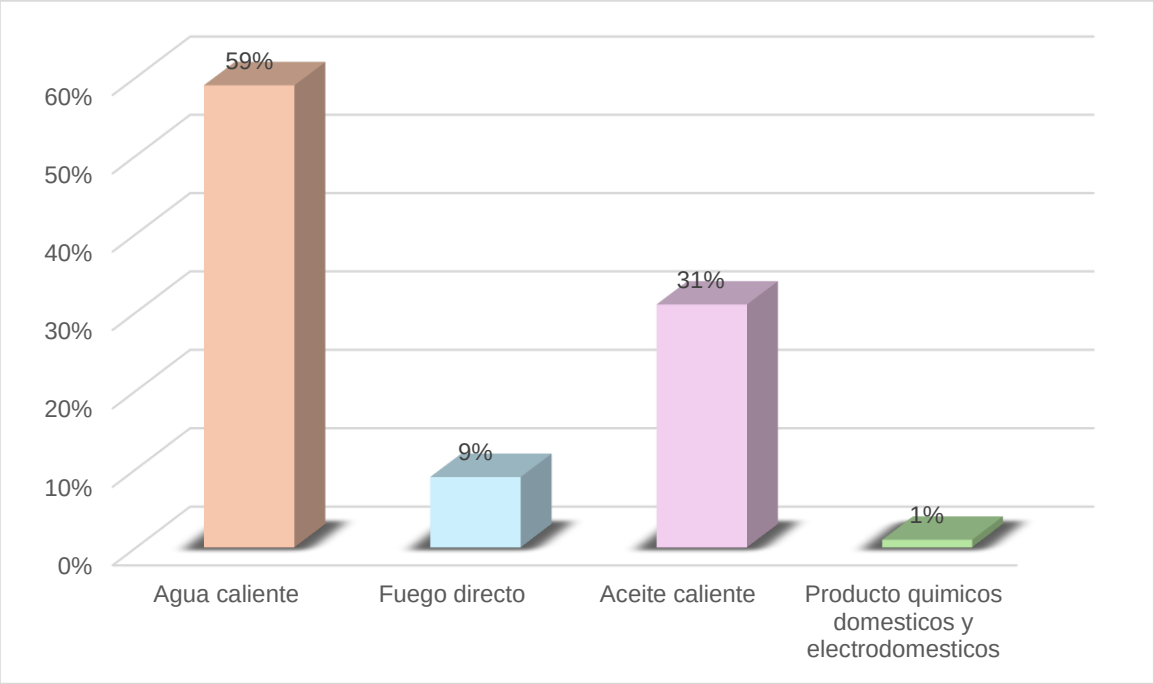
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 25% de los niños sufrieron quemaduras en el rostro, 37% de los niños sufrieron quemaduras en los brazos y 27% de las quemaduras fueron en las piernas, 11% de las quemaduras en el abdomen.

Las quemaduras más comunes en los niños ocurren en las áreas de los brazos y piernas, ya que son zonas que los niños utilizan frecuentemente para interactuar con su entorno, lo que aumenta el riesgo de manipular accidentalmente sustancias calientes en el hogar, aunque las quemaduras en el rostro son menos frecuentes, son especialmente preocupantes debido a las posibles repercusiones tanto físicas como psicológicas que pueden ocasionar, afectando la apariencia y el bienestar emocional del niño.

Gráfica 10 Agente causal de la quemadura (n=168)



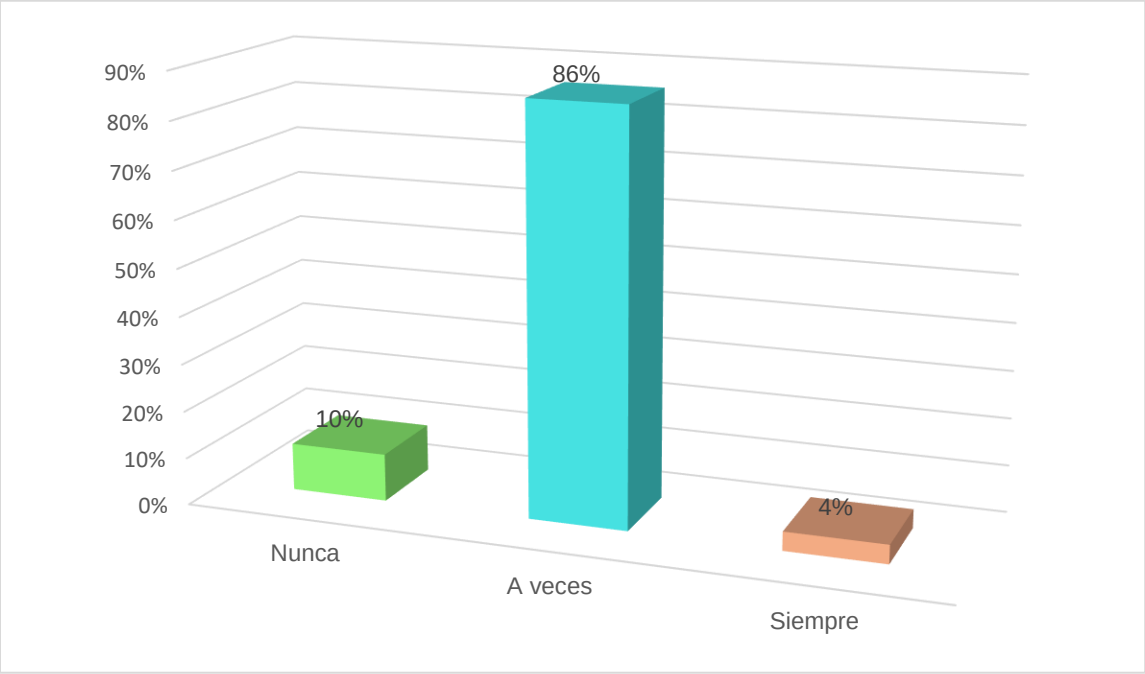
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico muestra que un 59% de los niños sufrieron quemaduras con agua caliente, el 9% con fuego directo el 31% con aceite caliente y el 1% con productos químicos domésticos y electrodomésticos.

Se puede evidenciar que una gran mayoría de los niños sufren quemaduras por agua caliente que es la causa más común lo que indica que el contacto con agua caliente es una fuente importante de riesgo para los niños, las quemaduras por aceite caliente son también bastante comunes y suelen ocurrir en la cocina siendo un riesgo para los niños y las quemaduras por fuego directo son menos frecuentes en comparación con el agua caliente y el aceite caliente pero sin embargo siguen representando un riesgo significativo.

Gráfica 11 Su hijo(a) Presenta dolor en el área de la quemadura (n=168)



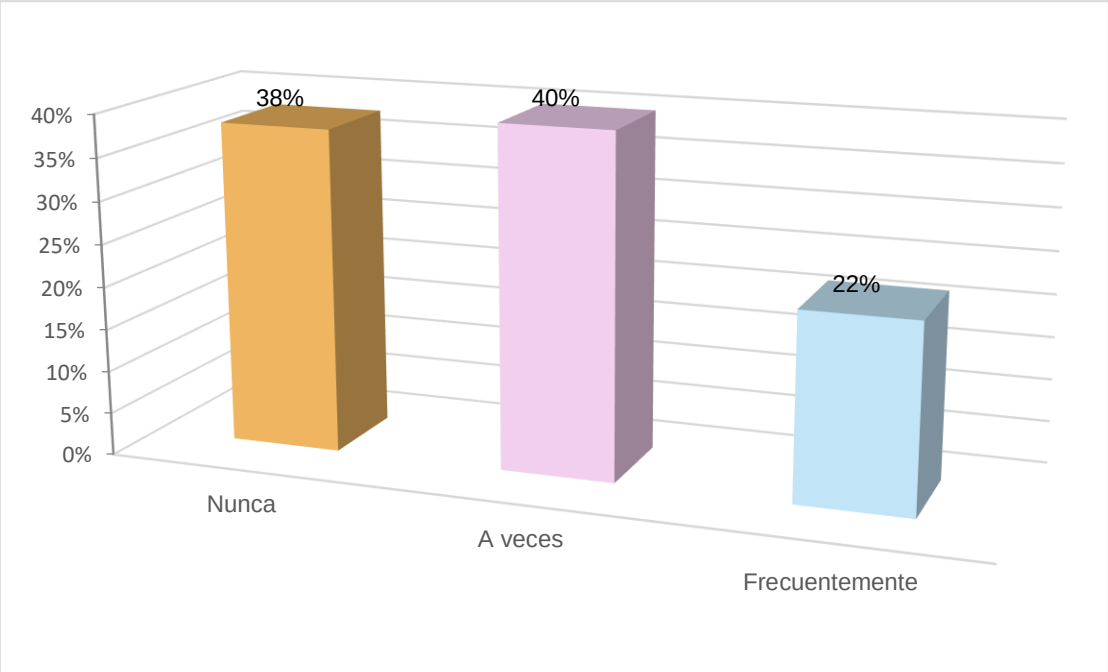
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 86% de las madres mencionan que su hijo(a) a veces presenta dolor, el 10% mencionan que nunca presento dolor en el área de la quemadura, 4 % siempre presenta dolor en el área de la quemadura.

La mayoría de los niños a veces experimentan dolor, siendo este el porcentaje más alto, lo que indica que una gran parte de los niños siente dolor en el área de la quemadura de forma intermitente, es fundamental que los niños sigan los tratamientos y controles adecuados para manejar y tolerar el dolor, estos tratamientos son esencial para aliviar las molestias y asegurar una recuperación más efectiva.

Gráfica12 Limitación de movimiento a raíz de la quemadura (n=168)



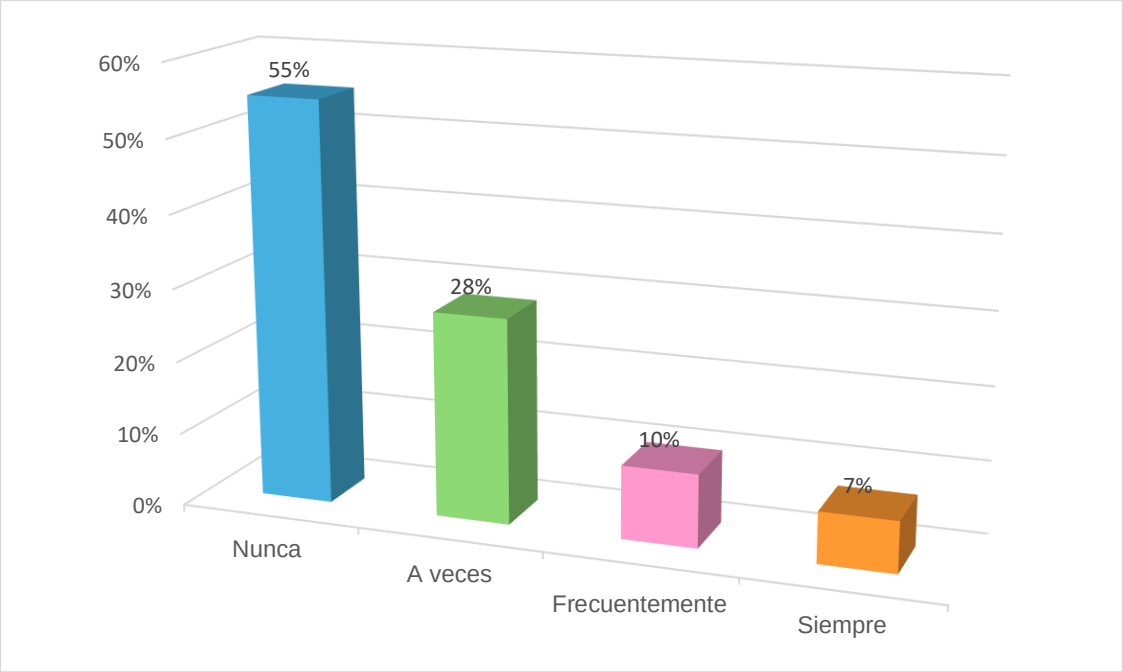
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 40% de los niños a veces presentan limitación de movimiento, el 38% nunca presentaron limitación de movimiento y 22% frecuentemente presenta limitación de movimiento.

La gran mayoría de los niños experimenta una limitación significativa en su capacidad de movimiento, lo que puede afectar su habilidad para realizar actividades cotidianas lo que indica que las quemaduras han afectado áreas cercanas a las articulaciones, lo que provoca restricción en el movimiento, esta situación implica que la recuperación será más prolongada, requiriendo un proceso de rehabilitación a largo plazo para restaurar la movilidad y mejorar la calidad de vida de los afectados.

Gráfica 13 Cansancio y agotamiento producido por la quemadura (n=168)



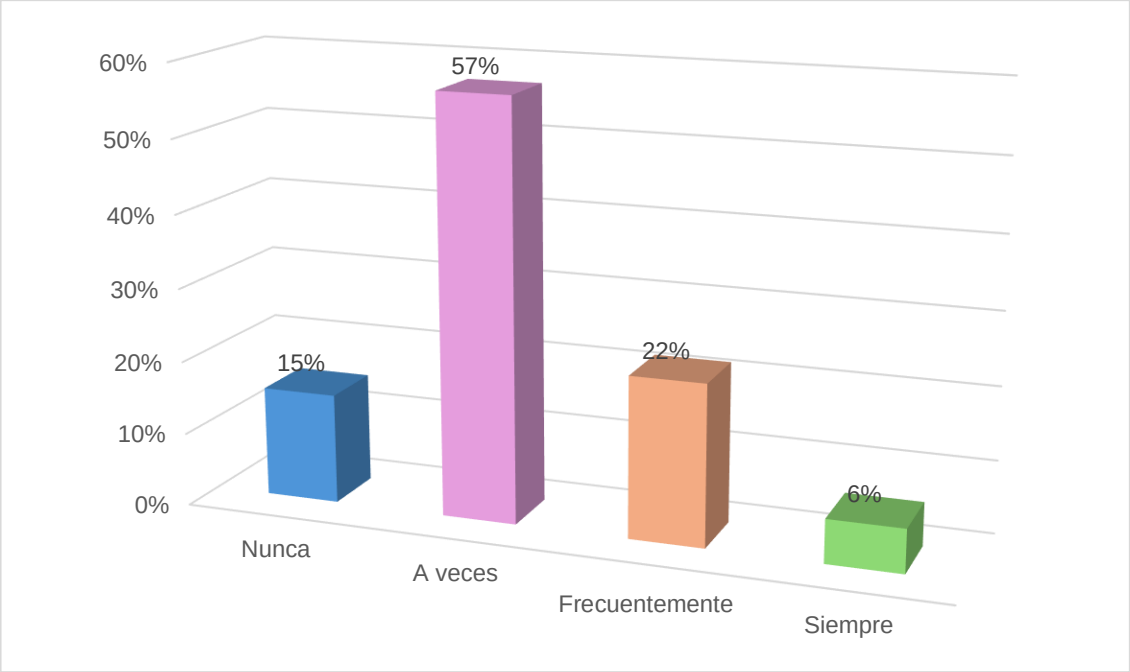
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 55% de las madres indican que sus niños nunca han experimentado cansancio ni agotamiento debido a su lesión, el 28% a veces ha sentido cansancio, el 10% de los niños frecuentemente ha sentido agotamiento, 7% ha experimentado cansancio de manera persistente.

Los niños quemados se encuentran en la etapa de crecimiento y desarrollo por su misma condición relacionado lo que significa que la mayoría de los niños muestra una evolución favorable y una respuesta positiva y han podido adaptarse bien al proceso de recuperación y mantener su energía, aunque una parte significativa ha sentido alguna forma de fatiga en menor o mayor medida, lo que indica que mientras muchos no se ven tan afectados, una porción importante de los niños experimenta niveles variados de cansancio.

Gráfica 14 Su hijo(a) presenta dificultad para dormir (n=168)



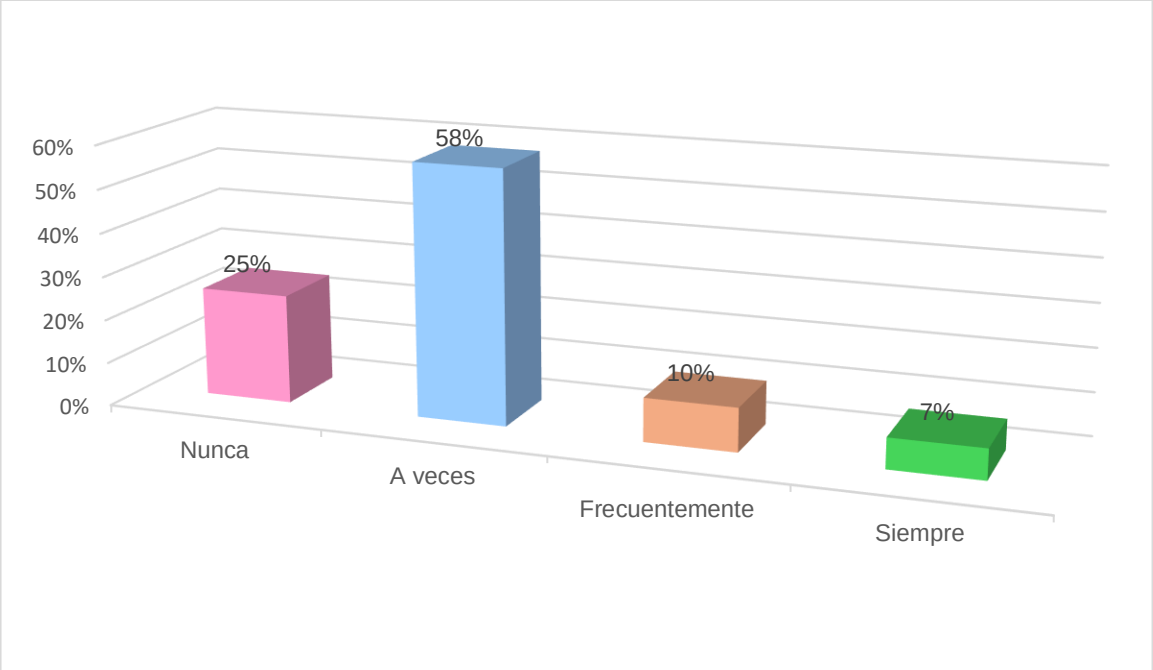
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

El gráfico muestra que el 57 % de las madres indican que los niños a veces presentan dificultad para dormir por las noches, el 22% frecuentemente tiene dificultad para dormir, 15% nunca tuvo problemas para dormir y 6% de los niños siempre presenta dificultad para dormir.

La falta de sueño es un aspecto preocupante para una parte significativa de los niños, especialmente cuando se presenta de forma frecuente o constante, la privación del sueño puede tener efectos negativos en su desarrollo físico, emocional y cognitivo, ya que el sueño es fundamental para su crecimiento, aprendizaje y capacidad de concentración, un descanso adecuado es crucial para que los niños puedan procesar la información, mejorar su memoria y tener una mejor regulación emocional.

Gráfica 15 Tristeza o preocupación por el aspecto físico (n=168)



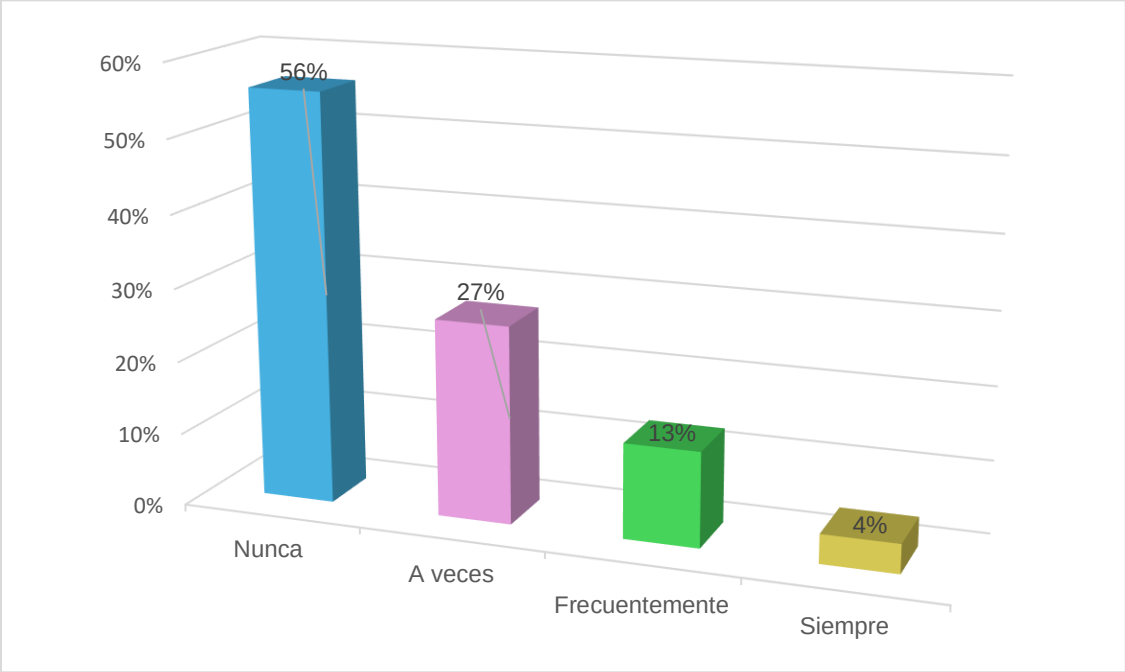
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se muestra que el 58% de las madres indican que a veces sienten tristeza o preocupación por su aspecto físico de su niño, 25% indican que nunca les causa tristeza o preocupación, 10% frecuentemente siente preocupación por su aspecto físico de su niño, y 7% de las madres siempre están preocupados por su aspecto físico de su niño.

Esto nos muestra que un porcentaje mayor de las madres se sienten con tristeza o preocupación por el aspecto físico de su niño, debido a que las secuelas de las quemaduras que sufrió su niño permanecerán el resto de su vida haciendo que afecte en su aspecto físico y emocional de su niño e inclusive podría influenciar en su desarrollo y crecimiento óptimo.

Gráfica 16 Su hijo(a) presenta enojo, molestia o se siente agresivo (n=168)



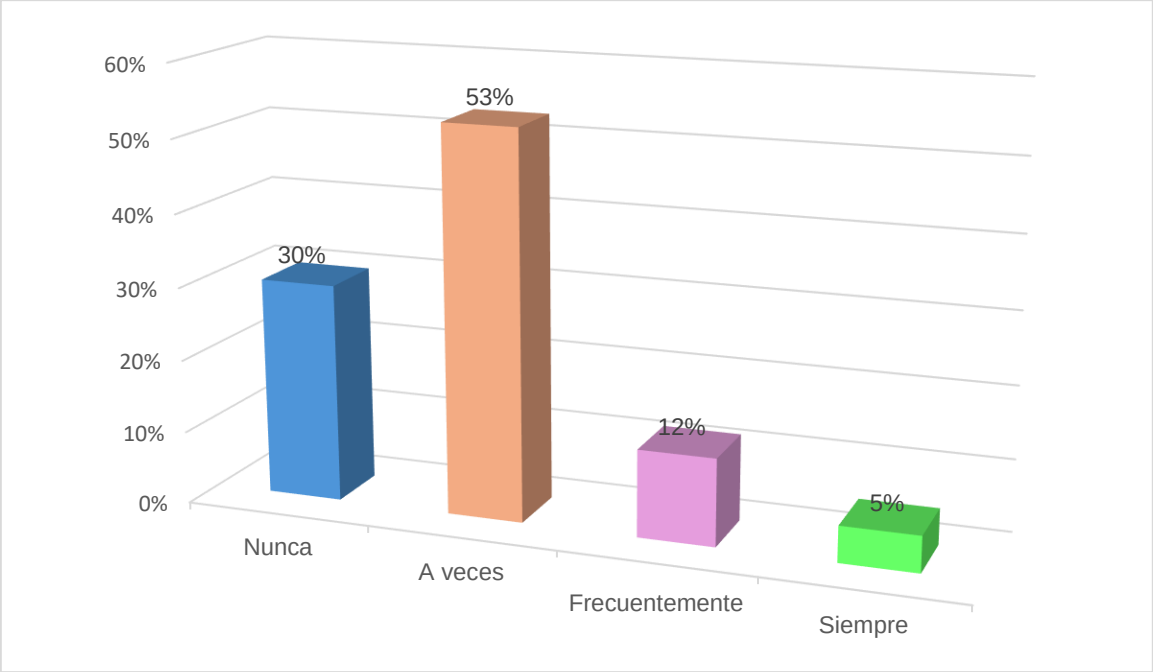
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 56% de las madres indican que sus niños nunca presentan enojo ni molestia, 27% de las madres indican que a veces experimentan enojo y agresividad, 13% frecuentemente se sienten enojados y agresivos, 4% de los niños siempre manifiestan enojo, molestias y se sienten agresivos.

Los niños no experimentan emociones de enojo o agresividad con regularidad esto puede indicar que, a pesar de haber sufrido quemaduras u otras dificultades, muchos niños han logrado procesar sus emociones de manera saludable, lo cual es clave para su bienestar emocional y su adaptación durante el proceso de recuperación, en cambio una parte de los niños sí experimenta enojo en ocasiones, lo que podría significar que aún enfrentan dificultades para manejar sus emociones estos episodios pueden ser una señal de que algunos niños requieren más apoyo emocional para aprender a gestionar sus sentimientos.

Gráfica 17 Te has sentido nerviosa o con miedo en el proceso de recuperación de su hijo(a) (n=168)



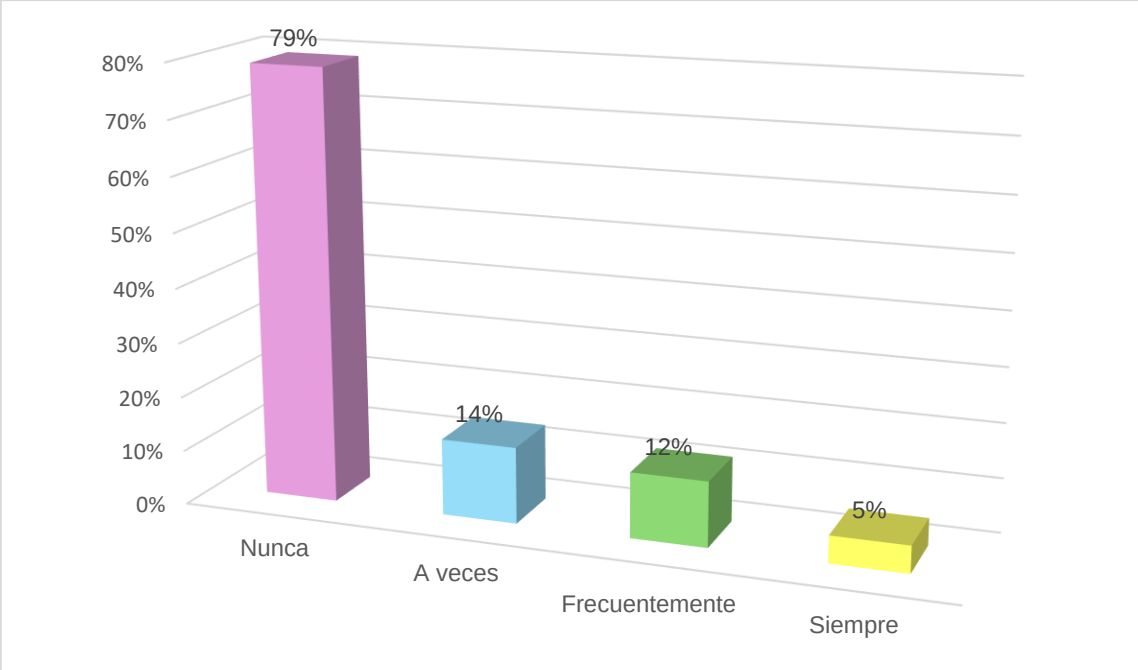
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 53% de las madres experimenta a veces miedo o nerviosismo en relación al proceso de recuperación de sus hijos, el 30% nunca han experimenta miedo o nerviosismo por su recuperación, el 12% frecuentemente experimenta miedo o nerviosismo durante su recuperación y 5% siempre se sienten nerviosos o con miedo.

La mayoría de las madres de los niños presenta miedo en su recuperación de su niño por ello es importante el apoyo del personal de salud, como también de los familiares, para que no se sienta deprimidos durante el proceso de recuperación de sus niños y así puedan afrontar este proceso con menos miedo, aunque es difícil no estar preocupados por su apariencia física, a medida que su niño crezca comenzara a percibir las secuelas de las quemaduras.

Gráfica 18 Su hijo(a) refiere preocupación por tu salud en el futuro (n=168)



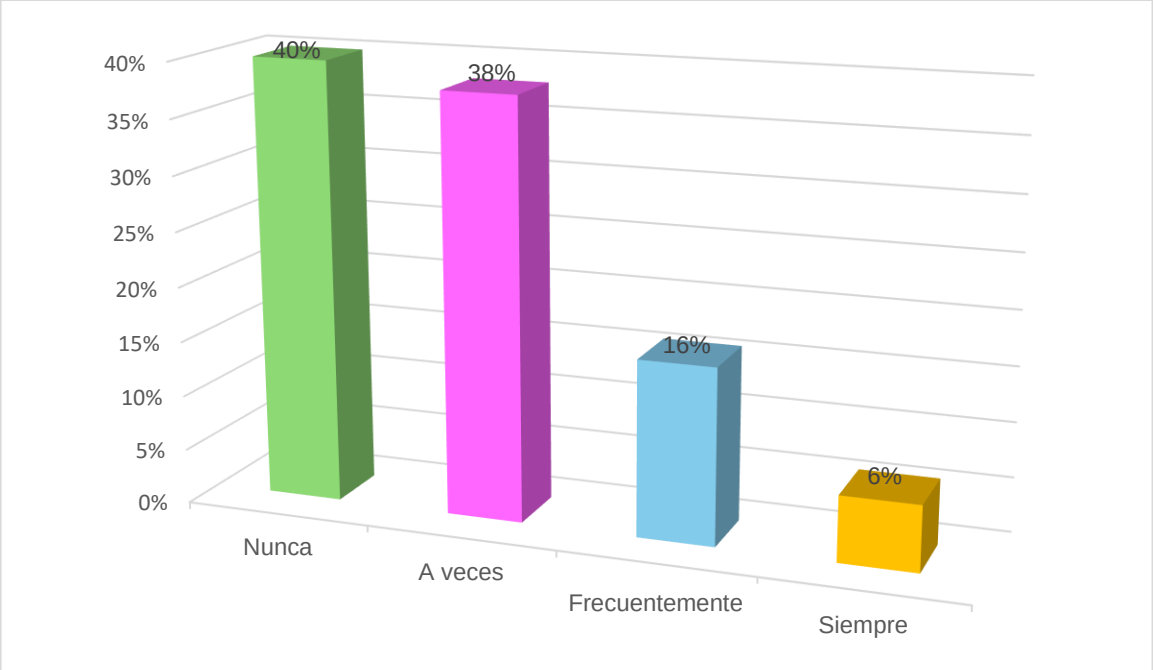
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

En el gráfico se observa que el 79% de las madres indican que sus niños nunca experimentan preocupación por su salud en el futuro, 14% de las madres indican que sus niños a veces sienten preocupación, 12% frecuentemente experimenta preocupación, y 5% de los niños siente siempre esta preocupación.

Esto indica que la mayoría de los niños no están angustiados por las posibles consecuencias a largo plazo de las quemaduras en su bienestar. Esto se debe a que, en general los niños están en una etapa de crecimiento en la que no suelen enfocarse en su aspecto físico. Sin embargo, una parte de los niños sí presenta preocupación, lo que sugiere que en ciertos momentos pueden tener dudas o incertidumbres sobre cómo las quemaduras podrían afectar su salud en el futuro.

Gráfica 19 Su hijo (a) se ha sentido solo(a) (n=168)



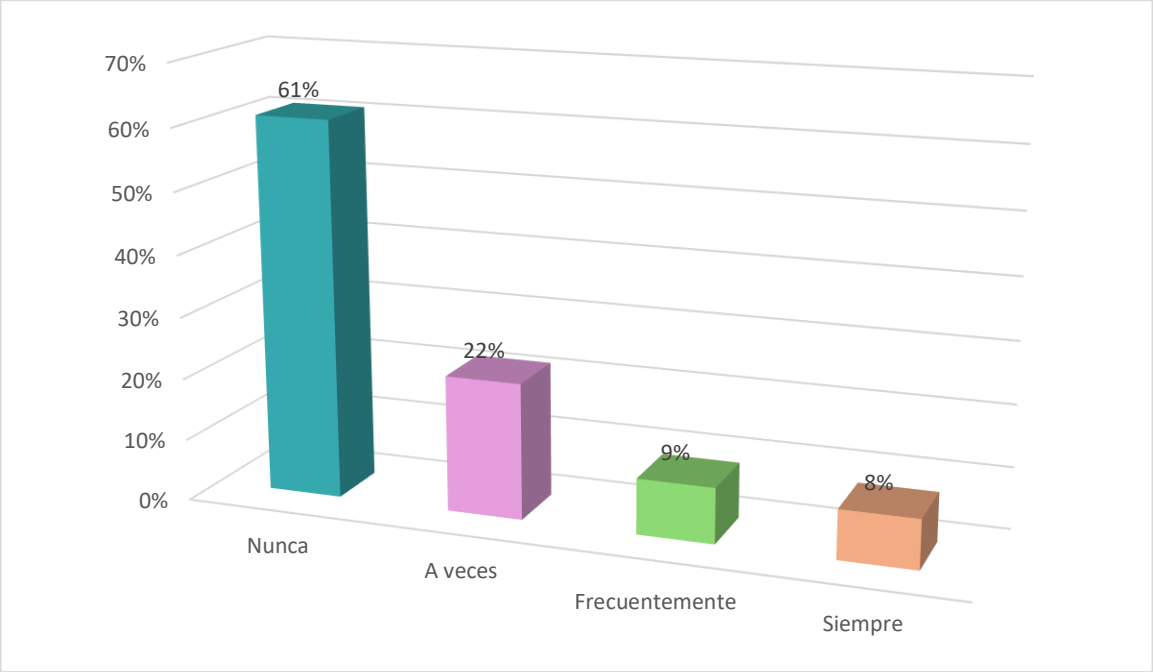
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

El gráfico se observa que el 40% de las madres indican que sus niños nunca se sintieron solos durante su proceso de recuperación, 38% de las madres indican que su niño a veces experimentó soledad, 16% frecuentemente se sintió solo y 6% siempre se sintió solo.

La mayor parte de los niños no se sintieron solos durante su proceso de recuperación, asimismo que recibieron un adecuado nivel de apoyo emocional y acompañamiento por parte de sus familias, amigos y personal de salud, por otro lado una parte significativa de los niños atravesó períodos recurrentes de aislamiento emocional durante su recuperación, lo que podría reflejar sentimientos de tristeza, ansiedad o inseguridad relacionados con su proceso de sanación o con la imagen de su cuerpo, estos momentos de soledad emocional son importantes de abordar, ya que pueden afectar el estado psicológico de los niños y su capacidad para adaptarse completamente a su entorno social.

Gráfica 20 Su hijo (a) presenta dificultad al momento de hacer amigos o jugar con otros niños (n=168)



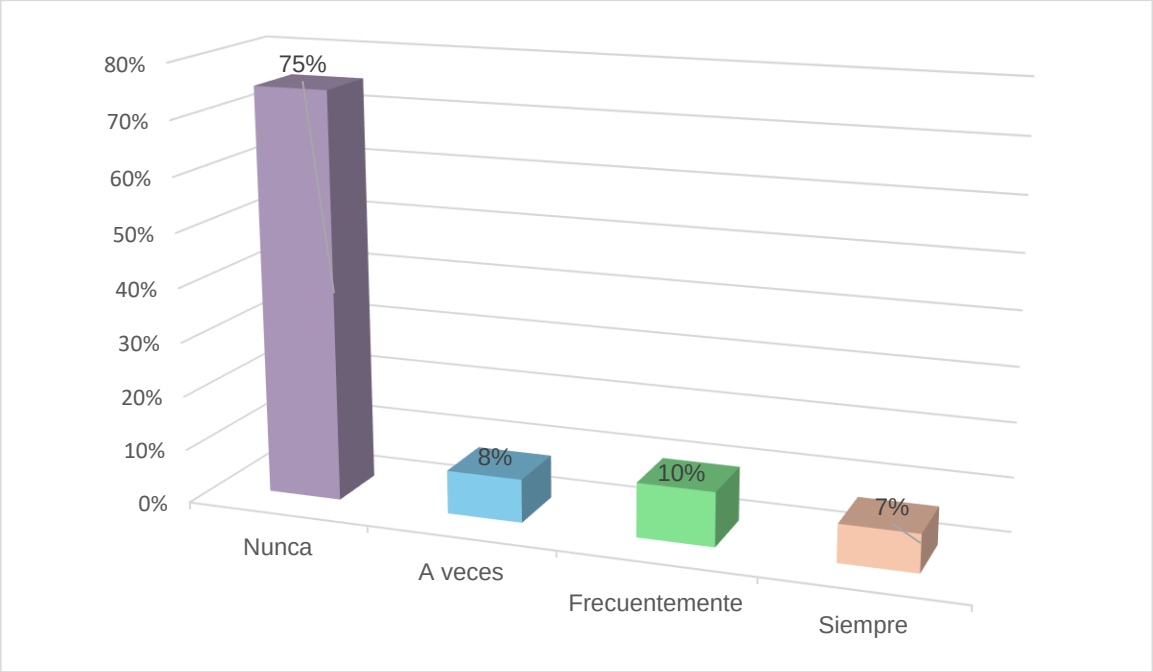
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

El gráfico muestra que el 61% de las madres indican que sus niños nunca tienen dificultades para hacer amigos, mientras que el 22% de las madres indican que sus niños a veces enfrentan dificultades en este aspecto, 9% de las madres indican que los niños tienen problemas frecuentes para hacer amigos o interactuar con los demás y 8% siempre manifestó dificultad para hacer amigos o participar en juegos con otros niños.

La mayoría de los niños no experimentan dificultades para hacer amigos, lo que sugiere que poseen habilidades sociales adecuadas para relacionarse con sus compañeros esto puede indicar que muchos de estos niños no perciben que su proceso de recuperación afecten significativamente sus relaciones sociales, sin embargo, existen niños que todavía enfrentan dificultades para hacer amigos estas podrían afectar su autoestima y su capacidad para interactuar con los demás, por lo que es esencial proporcionarles apoyo emocional.

Gráfica 21 Su hijo (a) ha tenido problemas o dificultad para compartir o jugar con otros niños (n=168)



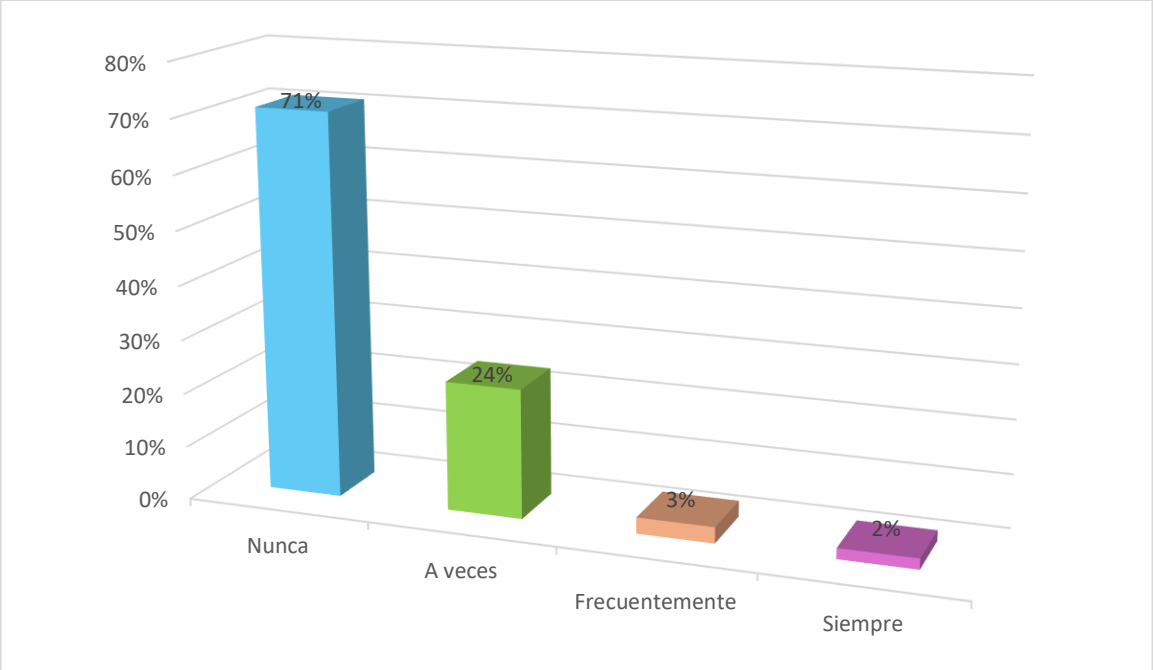
Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

El gráfico indica que el 75% de las madres indican que sus niños nunca tienen problemas para jugar con sus compañeros, mientras que el 10% de las madres indican que sus niños enfrentan dificultades con frecuencia para interactuar y compartir con otros, 8% de los niños experimenta dificultades ocasionales para jugar y compartir y 7% siempre tiene problemas para hacerlo.

La mayoría de los niños no presenta dificultades para jugar ni compartir con sus compañeros lo que refleja una interacción social relativamente positiva en su recuperación, sin embargo algunos niños todavía enfrentan dificultades frecuentes para interactuar y compartir con los demás, lo que podría señalar la presencia de desafíos emocionales o sociales, estas dificultades podrían estar relacionadas con la falta de habilidades sociales o problemas de adaptación, lo que resalta la necesidad de brindarles el apoyo necesario para favorecer su desarrollo social y emocional.

Gráfica 22 Rechazo por otros niños (n=168)



Fuente: Elaboración propia basándonos en los resultados de la encuesta.

Interpretación y análisis de resultados:

El gráfico muestra que las madres indican que el 71% de los niños nunca han experimentado rechazo por parte de sus compañeros, mientras que el 24% se ha sentido rechazado en ocasiones, 3% de los niños ha sentido rechazo con frecuencia y 2% siempre ha experimentado rechazo por parte de los demás niños.

Se observa que la mayoría de los niños no han experimentado rechazo, lo que refleja una buena integración social al momento de hacer amigos y llevar de manera positiva su recuperación, sin embargo, algunos niños han sentido rechazo en ocasiones lo que indica que, aunque la mayoría se adapta bien una parte enfrenta momentos de exclusión o dificultades sociales.

Conclusiones y recomendaciones

Las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.

Conclusiones

- Los más afectados son aquellos de 5 a 9 años (52%), quienes, debido a su creciente autonomía y curiosidad, enfrentan un mayor riesgo, los niños de 10 a 14 años (23%) también están expuestos por su deseo de independencia, mientras que los de 1 a 4 años (25%) son especialmente vulnerables por su limitada capacidad para identificar peligros, Los niños entre 1 y 14 años presentan diferentes niveles de riesgo frente a las quemaduras según su etapa de desarrollo.
- La mayoría de los niños que sufrieron quemaduras lo hicieron por contacto con agua caliente (59%) y aceite caliente (31%), lo que resalta el riesgo significativo de estos líquidos en el hogar, en menor medida un 9% sufrió quemaduras por fuego directo y el 1% por productos químicos domésticos y electrodomésticos, indicando que es crucial prestar atención a estos peligros comunes para prevenir accidentes.
- Las quemaduras en los niños afectan principalmente áreas expuestas como los brazos (37%) y las piernas (27%) debido a su constante interacción con el entorno. Aunque menos frecuentes son las quemaduras en el rostro (25%) son especialmente preocupantes ya que pueden tener repercusiones físicas y psicológicas más significativas destacando la importancia de prevenir accidentes en estas zonas vulnerables.
- El 86% de las madres indican que sus niños experimentan dolor intermitente en el área de la quemadura, lo que indica que el malestar es común, aunque no constante, el 4% sufre de dolor continuo, mientras que un 10% no presenta dolor en absoluto, esto resalta la importancia de incluir un manejo adecuado del dolor como parte fundamental del tratamiento, para garantizar el bienestar y la recuperación de los niños afectados.
- El 53% de las madres a veces han experimenta miedo o nerviosismo en relación con su proceso de recuperación de sus hijos, puesto que muchos de ellos no saben si su niño podrá recuperarse completamente y volver a su entorno social, el 30% de las madres nunca han experimenta miedo o nerviosismo por su recuperación, muchos de

estos aun no toman conciencia de la gravedad que implicara una quemadura más adelante para su niño, por el momento solo piensan en su salud y no así en su aspecto físico, el 12% frecuentemente experimenta miedo o nerviosismo durante su recuperación, porque no saben cómo será su proceso de recuperación o si dejara secuelas en su niño y como afectara en su aspecto físico y entorno social.

- El 57 % de las madres indican que los niños a veces presentan dificultad para dormir por las noches, el 22% frecuentemente tiene dificultad para dormir, 15% nunca tuvo problemas para dormir y 6% de los niños siempre presenta dificultad para dormir, la falta de sueño es una preocupación, ya que puede afectar el desarrollo, el bienestar y la capacidad de concentración de los niños, siendo el descanso esencial para su crecimiento y aprendizaje.
- El 61% de los niños no tiene dificultades para hacer amigos, lo que sugiere que la mayoría mantiene buenas habilidades sociales durante su recuperación. Sin embargo, un 22% enfrenta problemas ocasionales y un 17% experimenta dificultades más frecuentes, lo que podría impactar su autoestima y capacidad de interacción, esto subraya la necesidad de proporcionarles apoyo emocional para favorecer su integración y bienestar social.

Recomendaciones

A las madres

A las madres fortalecer y encaminar no solo en el cuidado físico de los niños con quemaduras, sino también en su bienestar psicológico y social. Al proporcionar un entorno amoroso y positivo, pueden ayudar a reducir las barreras emocionales y sociales, fomentando la resiliencia del niño y mejorando su calidad de vida durante la recuperación. Además, su participación activa en el proceso de recuperación, trabajando en conjunto con el equipo de salud, es clave para asegurar una pronta y adecuada rehabilitación del niño.

Para el personal de salud del Hospital Manuel Ascencio Villarroel.

- Programar días y horarios para dar sesiones educativas a las madres sobre el cuidado que debe recibir el niño quemado en el hogar como la alimentación la higiene corporal, mental, el uso de la ropa adecuada
- Brindar información a la población sobre el cuidado que debe recibir el niño en etapa de crecimiento y desarrollo para prevenir las quemaduras.

Para futuras investigaciones

- Fomentar la investigación del cuidado y alimentación en el hogar al niño quemado.
- Investigar cómo las quemaduras en niños mayores a 8 años que afectan el bienestar emocional y psicológico de los niños a largo plazo, incluyendo ansiedad, depresión, trastornos postraumáticos y su relación con el tipo y gravedad de las quemaduras.
- Investigar la efectividad de los tratamientos actuales (como la fisioterapia, cirugía reconstructiva y tratamientos tópicos) en la recuperación de la movilidad y la funcionalidad del niño quemado.

Bibliografía

1. Solís F. F, Domic C. C, Saavedra O. R, González M. A. Incidencia y prevalencia de las lesiones por quemaduras en menores de 20 años. Rev Chil Pediatría. 1 de noviembre de 2014;85(6):674-81.

2. Polo Andrade S. Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado en un hospital de tercer nivel de atención del municipio de La Paz. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 16 de mayo de 2023;7(2):7268-86.

3.Las quemaduras en la población pediátrica colombiana: del desconocimiento hacia la prevención | Pediatría [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-las-quemaduras-poblacion-pediatrica-colombiana-S0120491216300301

4.Blanco MGR, Bencivenga MJ, Dolce MJ. Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes pediátricos quemados en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad junio 2013-junio 2014 / Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes pediátricos queimados no Hospital Infantil Santísima Trinidad junho 2013-junho 2014. Braz J Health Rev. 6 de octubre de 2020;3(5):13963-79.

5.Garrahan JP, Basilico H. BASILICO H*, GUARRACINO JF*, MURRUNI A*, TRAMONTI N*, VILLASBOAS R*.

6.Manejo del Niño Quemado [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponibleen: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18177433201100020008

7.Polo Andrade S, Mendoza Polo VA. EPIDEMIOLOGÍA, MANEJO INICIAL Y ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD DEL GRAN QUEMADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE LA PAZ. Arch Boliv Med. /;7.

8.Laura Giselle Hernández Grillo rehabilitación y calidad de vida publicado el 2020, - Buscar con Google [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en:http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplass/jvccss2020/paper/view/20

9.Santísima Trinidad junio 2013-junio 2014 / Calidad de vida relacionada à saúde de pacientes pediátricos quemados no Hospital Infantil Santísima Trinidad junio 2013-junho 2014 | Revisión de la Revista Brasileña de Salud [Internet]. [citado 5 de septiembrede2024].Disponibleen:https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/17803

10.Bautista-Rodríguez LM. La calidad de vida como concepto. Rev Cienc Cuid. 14(1):5-8.

11.https://www.cun.es [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. La piel. Capas, características y funciones. Escuela de Salud. CUN. Disponible en: https://www.cun.es/escuela-salud/piel

12.Kenhub [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Epidermis. Disponible en: https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/epidermis-es

13.Definición de dermis - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 20deoctubrede2024].Disponibleen:https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/dermis

14.Kenhub [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Hipodermis. Disponible en: https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/tejido-subcutaneo

15.Eisman AB, Blanca JM. Y FISIOLOGÍA DE LA PIEL.

16.Termorregulación | Cigna [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/termorregulacin-not245005

17.Estructura y funcionamiento de la piel - Trastornos de la piel - Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-piel/biolog%C3%ADa-de-la-piel/estructura-y-funcionamiento-de-la-piel

18.Sensibilidad cutánea | Qué es, dónde se encuentra, cuál es su función e importancia [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.fisioterapia-online.com/glosario/sensibilidad-cutanea

19.Dorado JG, Fraile PA. Anatomía y fisiología de la piel.

20.Metabolismo, fuentes endógenas y exógenas de vitamina D | REEMO [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-reemo-70-articulo-metabolismo-fuentesendogenas-exogenas-vitamina-13108019

21.Quemaduras [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns

22.21_quemaduras.pdf [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_quemaduras.pdf

23.Heat or Thermal Burns - Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [citado 20 deoctubrede2024].Disponibleen:https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=heat-or-thermal-burns-90-P04845

24.Educación para el paciente: Quemaduras eléctricas (Conceptos Básicos) - UpToDate [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/es-419/electrical-burns-the-basics

25.Castillo D. P. Quemaduras: Conceptos para el médico general. Cuad Cir. diciembre de 2003;17(1):58-63.

26.Quemaduras [Internet]. 2020 [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.cedlabs.com/publicaciones/detalle/6-quemaduras

27.Quemadura tipo B o profunda [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www7.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod1/lquem_b.html

28.Quemaduras - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024].Disponibleen:https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/burns/symptoms-causes/syc-20370539

29.Quemaduras - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/burns/diagnosis-treatment/drc-20370545

30.rm-884-2020.pdf [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1123549/rm-884-2020.pdf

31.Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. ShockCuidadoscríticos.Disponibleen:https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-críticos/shock-y-reanimación-con-líquidos/shock

32.López JC. Tratamiento de las quemaduras en la infancia.

33.Nutrición en el paciente quemado, ¿existe una dieta ideal? [Internet]. [citado 20 de octubrede2024].Disponibleen:https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092023000100040

34.Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Quemaduras-Traumatismos y envenenamientos. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/quemaduras/quemaduras

35.El cuidado de la herida después de una lesión por quemadura | MSKTC [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://msktc.org/burn/factsheets/el-cuidado-de-la-herida-despues-de-una-lesion-por-quemadura

36.Injerto de piel: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002982.htm

37. ¿El agua del mar y la luz solar ayudan a curar heridas? | Leukoplast [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.leukoplast.es/blog/salud-piel/es-adecuado-curar-heridas-agua-marina-luz-solar

38.Chouza Insua M, Viñas Diz S, Patiño Núñez S, Martínez Bustelo S, Molina MC, Amuchástegui O. Fisioterapia en los pacientes quemados. Quemaduras,tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. 1 de diciembre de 2004;7(2):107-13.

39.Revista Brasileira de Quemaduras [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: http://www.rbqueimaduras.com.br/details/273/pt-BR/presoterapia-en-

la-etapa-aguda-y-post-autoinjerto-inmediato-de-las-quemaduras-faciales-en-pacientes-pediatricos-en-una-unidad-de-quemados

40.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUEMADURAS.pdf [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4707/1/CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20PACIENTES%20CON%20QUEMADURAS.pdf

41.Prevención y tratamiento de quemaduras | Ready.gov [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.ready.gov/es/prevencion-y-tratamiento-de-quemaduras

42.UNFPA (2020), Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021, Fondo de Población de las Naciones Unidas,

43.Somogyi Liliane, Mora Emily. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. Rev SciELO - Scientific Electronic Library Online [Internet]. 2021

44. Ministerio de salud: etapa intermedia y aguda de la quemadura disponible en:https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4707/1/cuidados%20de%20enfermeria%20en%20pacientes%20con%20quemaduras.pdf

45.QUEMADURA, HERIDA Prevención y tratamiento de quemaduras | Ready.gov [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.ready.gov/es/prevencion-y-tratamiento-de-quemaduras

46.QUEMADURAS, RIESGO DE INFECCION, EXPOSICION AL SOL | REEMO[Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-reemo-70-articulo-metabolismo fuentesendogenas-exogenas-vitamina-13108019

47. Ministerio de salud: fisioterapia en niños quemados Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Shock - Cuidados críticos. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-críticos/shock-y-reanimación-con-líquidos/shock

48.PRESOTERAPIA EN NIÑOS QUEMADOS Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Quemaduras - Traumatismos y envenenamientos.

49.PREVENCION DE QUEMADURAS quemaduras.pdf [Internet]. [citado 20 de octubrede2024].Disponibleen:https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_quemaduras.pdf

50.Investigación cuantitativa. Qué es y cómo realizarla | QuestionPro [Internet]. [cited 2022 Jul 7]. Available from: https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-investigacion-cuantitativa/

51.María Cristina Müggenburg Rodríguez M V, Iñiga Pérez Cabrera M. Los maestros escriben Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM. 2007;4(1).

52.Matriz de enfoques transversales y Matriz de competencias transversales [Internet]. [cited 2022 Jul 8]. Available from: https://webdelmaestrocmf.com/portal/a-que-llama-el-curriculo-nacional-enfoques-transversales-y-para-que-sirven

53.RELACIONES DE CRONOLOGIA INVESTIGACION Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta ed. Martínez MIR, editor. México; 2019.

54.Investigación cuantitativa. Qué es y cómo realizarla | QuestionPro [Internet]. [cited 2022 Jul 7]. Available from: https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-investigacion-cuantitativa/

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de aplicación de instrumentos

UNITEPC
UNIVERSIDAD PRIVADA

JEFATURA DE ENFERMERI/

Cochabamba 05 de diciembre 2024

Lic. Roxana Ramos
Jefe de enfermeras del Hospital Manuel Ascencio Villarroel

Presente:

Ref: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACION (TESIS DE GRADO)

De mi mayor consideración.
Distinguida autoridad, mediante la presente reciba usted un respetuoso saludo augurándole éxito en las funciones que desempeña.

Me dirijo a su digna autoridad para solicitarle el permiso para que a la estudiante **Esther Céspedes Camacho con CI. 9367708 Cbba,** de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Privada Cosmos UNITEPC se le autorice el ingreso a la institución que tan acertadamente conduce.

La razón de esta solicitud radica en que la estudiante mencionada se encuentra elaborando su tesis de grado para la obtención del Título de Licenciada en enfermería. En este contexto requiere obtener datos para su investigación titulada:

"BARRERAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES EN NIÑOS CON QUEMADURAS DE TIPO AB Y B QUE ACUDEN A LAFUNDACIÓN MOSOJ PUNCHAY Y SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL MANUEL ASCENCIO VILLARROEL, COCHABAMBA II/2024".

Por lo expuesto, se solicita a su autoridad el permiso correspondiente para realizar la recolección de datos en la institución y aplicar los instrumentos de investigación.

Le aseguramos que la información recolectada será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines investigativos.

Con la certeza de que la investigación propuesta será de gran utilidad para la formación de los estudiantes, el fortalecimiento de la investigación en la carrera y la generación de iniciativas que contribuirán a mejorar la salud de la población, me despido de usted con el más alto respeto y consideración.

Atentamente:

Lic. Gloria Mavel Pinto Velasquez
DIRECTORA DE CARRERA ENFERMERIA
COCHABAMBA - UNITEPC

MSc. Gloria Mavel Pinto Velásquez
Directora de Carrera de Enfermería

UNIVERSIDAD TÉCNICA PRIVADA COSMOS
DIRECCIÓN DE CARRERA DE ENFERMERÍA
Cochabamba - Bolivia

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Yo Justina Canaza Olivera, mayor de edad, hábil por ley declaro, que fui informada por el universitario Esther Cespedes Camacho sobre la barreras físicas, psicológicas y sociales en niños de 1 a 14 años con quemaduras de tipo ab y b hospitalizados en el servicio de quemados del hospital Manuel Ascencio Villarroel durante, sus objetivos, y mi participación en el. mi colaboración en esta investigación será: participación en la entrevista, asistencia a charlas educativas y en las respuestas del cuestionario. Me han explicado y ha quedado claro que soy libre para participar o negarme a serlo, dejar de responder algunas preguntas o desistir mi participación en cualquier momento. Los objetivos principales de la investigación son: 1. Identificar el grado de limitación física que afecta la recuperación del niño, 2. identificar trastornos emocionales que afecta la estabilidad psicológica, 3. Reconocer factores en las barreras sociales que impiden la reintegración del niño a su entorno social ,4. Promover intervenciones basadas en resultados. Entiendo que mi participación no me traerá ningún beneficio personal y que no recibiré ninguna recompensa económica. Entiendo también que mi participación no significa un riesgo para mi persona ni para terceros, mi única compensación será la satisfacción de haber contribuido en el éxito la investigación. Me garantizan que la información que daré será tratada de manera confidencial y no seré identificada en ningún informe o publicación científica. En consecuencia, acepto voluntariamente participar en la investigación y firmar este documento.



Firma de la participante

Anexo 3. Instrumento de Recolección de Datos

ENCUESTA

BARRERAS FISICAS, PSICOLOGICAS Y SOCIALES EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS CON QUEMADURAS DE TIPO AB Y B QUE ACUDEN AL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL MANUEL ASCENCIO VILLARROEL DURANTE EL PERIODO II/2024

El presente es un estudio de investigación para obtener el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica Privada Cosmos UNITEPC. El propósito del estudio se enfoca en determinar las barreras físicas, psicológicas y sociales afecta la calidad de vida a causa de la quemadura en niños de 1 a 14 años.

Se le informa que los datos que pueda proporcionarnos son de carácter anónimo y confidencial, serán empleados con fines estrictamente investigativos. Se le solicita sinceridad en sus respuestas y de antemano se agradece su colaboración.

Instrucciones:

- ✓ Lea atentamente las preguntas
- ✓ Seleccione la opción de acuerdo a su criterio marcando con una “X”

Datos de la Madre

1.Edad de la madre…….

2. Nivel de formación

a) Primaria

b) Secundaria

c) Universitario

3. Ocupación

a) Labores de casa

b) Estudiante

c) Comerciante

d) Profesional

4. Estado civil

a) Soltera

b) Casada

c) Unión libre

d) Divorciada

e) Viuda

5. ¿Alguna vez recibió información sobre las quemaduras?

SI ☐ NO ☐

6. ¿Qué edad tiene su niño(a) ……

7. ¿En qué tipo de vivienda vive?

a) Propia

b) Alquiler

c) Anticrético

8. ¿Su vivienda cuenta con un ambiente exclusivo para cocinar?

SI ☐ **NO** ☐

9. ¿Qué tipo de quemadura presenta su niño(a)

a) Quemadura térmica (calor)

b) Quemadura química

c) Quemadura eléctrica

10. ¿En qué parte del cuerpo sufrió la quemadura? …….

11. ¿Cuál es el agente causal de la quemadura?

a) Agua caliente

b) Fuego directo

c) Aceite caliente

d) Productos químicos domésticos y electrodomésticos.

12. Las quemaduras le han producido limitación en los movimientos?

a) Nunca

b) A veces

c) Siempre

13. ¿Presenta dolor su niño(a) en el área de la quemadura?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

14. ¿La lesión le ha producido cansancio y agotamiento?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

15. ¿Su hijo (a) presenta alguna dificultad para dormir?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

16. ¿El aspecto físico que presenta su hijo(a) le causa tristeza o preocupación?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

17. ¿su hijo(a) presenta enojo, molestia o se siente agresivo?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

18. ¿Te has sentido nervioso(a) o con miedo por el proceso de recuperación de su hijo (a)?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

19. ¿su hijo(a) presenta preocupación por tu salud en un futuro?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

20. ¿Su hijo (a) se ha sentido solo (a)?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

21. ¿Su hijo (a) ha tenido problemas o dificultad para compartir o jugar con otros niños?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

22. ¿Alguna vez te has sentido rechazado(a) por otros niños?

a) Nunca

b) A veces

c) Frecuentemente

d) Siempre

Anexo 4. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Agosto 2024	Septiembre 2024	Octubre2024	Noviembre 2024	Diciembre 2024	Enero 2025	Febrero 2025	Marzo 2025	Abril 2025
FASE DE PLANIFICACIÓN									
Revisión bibliográfica									
Elaboración del perfil de investigación									
Presentación del perfil									
Aprobación del perfil									
Revisión bibliográfica									
Elaboración Capítulos 2 y 3									
Construcción del Diseño metodológico Capítulo 4									
Elaboración de Instrumentos									
Solicitud de aprobación de instrumentos									
Solicitud de carta para recolección de información									
Revisión por tutor									
FASE DE EJECUCIÓN									
Aplicación de instrumentos									
Recopilación de información									
Tabulación de datos									
Análisis e interpretación									
FASE DE COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN									

Redacción de informe final									
Corrección de puntos observados									
Pre defensa con jurado									
Impresión y empastado									
Entrega oficial del documento									

Anexo 5. Tabulación del número de respuestas.

EDAD DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
22 a 24 años	19	11%
25 a 27 años	35	21%
28 a 30 años	64	38%
31 a 35 años	50	30%
TOTAL	168	100%
NIVEL DE FORMACION DE LAS MADRES	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Primaria	151	90%
Secundaria	10	6%
Universitario	7	4%
TOTAL	168	100%
OCUPACION	**FRECUENCIA**	**PORTENTAJE**
Labores de casa	128	76%
Estudiante	12	7%
Comerciante	18	11%
Profesional	10	6%
TOTAL	168	100%
ESTADO CIVIL	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Soltera	19	11%
Casada	15	9%
Unión libre	119	71%
Divorciada	13	8%
Viuda	2	1%
TOTAL	168	100%
INFORMACION RECIBIDA SOBRE LAS QUEMADURAS	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	70	42%
No	98	58%
TOTAL	168	100%
EDAD TIENE SU NIÑO(A)	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
1 a 4 años	42	25%
5 a 9 años	87	52%

10 a 14 años	39	23%
TOTAL	168	100%
TIPO DE VIVIENDA VIVE	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Propia	57	34%
Alquiler	96	57%
Anticrético	15	9%
TOTAL	168	100%
VIVIENDA CON UN AMBIENTE EXCLUSIVO PARA COCINAR	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	96	57%
No	72	43%
TOTAL	168	100%
TIPO DE QUEMADURA PRESENTA SU NIÑO(A)	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Quemadura térmica (calor)		70%
Quemadura química		16%
Quemadura eléctrica		14%
TOTAL	168	100%
AREA O ZONA DEL CUERPO SUFRIO LA QUEMADURA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Rostro	42	25%
Brazos	62	37%
Piernas	46	27%
Abdomen	18	11%
TOTAL	168	100%
AGENTE CAUSAL DE LA QUEMADURA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Agua caliente	99	59%
Fuego directo	15	9%
Aceite caliente	52	31%
Productos químicos domésticos y electrodomésticos	2	1%
TOTAL	168	100%
¿SU HIJO(A) PRESENTA DOLOR EN EL AREA DE LA QUEMADURA?	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**

Nunca	16	10%
A veces	144	86%
Siempre	8	4%
TOTAL	168	100%
LIMITACION DE LOS MOVIMIENTO A RAIZ DE LA QUEMADURA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	63	38%
A veces	67	40%
Frecuentemente	38	22%
TOTAL	168	100%
CANSANCIO Y AGOTAMIENTO PRODUCIDO POR LA QUEMADURA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	92	55%
A veces	48	28%
Frecuentemente	16	10%
Siempre	12	7%
TOTAL	168	100%
SU HIJO(A) PRESENTA DIFICULTAD PARA DORMIR	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	24	15%
A veces	96	57%
Frecuentemente	38	22%
Siempre	10	6%
TOTAL	168	100%
TRISTEZA O PREOCUPACION POR EL ASPECTO FISICO QUE PRESENTA SU HIJO(A)	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	98	58%
A veces	42	25%
Frecuentemente	16	10%
Siempre	12	7%
TOTAL	168	100%

SU HIJO(A) PRESENTA ENOJO, MOLESTIA O SE SIENTE AGRESIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	94	56%
A veces	46	27%
Frecuentemente	21	13%
Siempre	7	4%
TOTAL	168	100%
TE HAS SENTIDO NERVIOSO(A) O CON MIEDO POR EL PROCESO DE RECUPERACION	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	89	53%
A veces	51	30%
Frecuentemente	20	12%
Siempre	8	5%
TOTAL	168	100%
SU HIJO(A) REFIERE PREOCUPACION POR TU SALUD EN UN FUTURO	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	116	79%
A veces	24	14%
Frecuentemente	20	12%
Siempre	8	5%
TOTAL	168	100%
SU HIJO(A) SE HA SENTIDO SOLO(A)	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	67	40%
A veces	63	38%
Frecuentemente	28	16%
Siempre	10	6%
TOTAL	168	100%
SU HIJO(A) PRESENTA DIFICULTADES AL MOMENTO DE HACER AMIGOS O JUGAR CON OTROS NIÑOS	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	102	61%

A veces	38	22%
Frecuentemente	15	9%
Siempre	13	8%
TOTAL	168	100%
SU HIJO(A) HA TENIDO PROBLEMA O DIFICULTAD PARA COMPARTIR O JUGAR CON OTROS NIÑOS	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	126	75%
A veces	14	8%
Frecuentemente	16	10%
Siempre	12	7%
TOTAL	168	100%
RECHAZO POR OTROS NIÑOS	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Nunca	119	71%
A veces	41	24%
Frecuentemente	5	3%
Siempre	3	2%
TOTAL	168	100%

Anexo 6. Memoria Fotográfica del proceso de Investigación.

Preguntas realizadas al padre del niño.



Fuente: Elaboración propia

Preguntas realizadas a la madre y al niño.



Preguntas realizadas a la madre.



Fuente: elaboración propia

Niños del servicio de quemados del Hospital Manuel Ascencio Villarroel



Fuente: elaboración propia

Preguntas realizadas a las madres y al niño.



Fuente: elaboración propia

Niños internados del servicio de quemados del Hospital Manuel Ascencio Villarroel



Fuente: elaboración propia