



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**EFFECTO DE LA PSICOTERAPIA EN LA EVOLUCION DE SECUELAS
PSICOLOGICAS DE NIÑOS QUEMADOS EN EL HOSPITAL FRANCISCO
ICAZA BUSTAMANTE 2014 - 2015**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO GENERAL**

TERREROS BUENO ALEJANDRO JULIAN

TUTOR

DR. CESAR GARCIA CORNEJO

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO

2015 – 2016



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Alejandro Julian Terreros Bueno

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Efecto de la Psicoterapia en la evolución de secuelas psicológicas de niños quemados en El Hospital Francisco Icaza Bustamante 2014 – 2015** previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, Mayo del año 2016

AUTOR(A)

Alejandro Julian Terreros Bueno



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a Alejandro Julian Terreros Bueno ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de Médico General

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO GENERAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR EL SR. ALEJANDRO JULIAN TERREROS BUENO CON C.I: 0919922765

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:

EFFECTO DE LA PSICOTERAPIA EN LA EVOLUCION DE SECUELAS PSICOLOGICAS DE NIÑOS QUEMADOS EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2014 - 2015

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. CESAR ANTONIO GARCIA CORNEJO
TUTOR

DEDICATORIA

Los resultados de este trabajo de titulación, están dedicados a todas aquellas personas que han estado a lo largo de mi vida universitaria, a mis profesores que fueron una guía para este ansiado logro, a la universidad por ser cuna del saber, a mis padres que sin ellos no hubiera sido posible culminar esta etapa de mi vida. A mis familiares, amigos y demás personas que nunca dejaron de darme apoyo a todos ellos con todo mi afecto y cariño.

AGRADECIMIENTO

DOY GRACIAS A Dios nuestro SER SUPREMO por haberme dado las fuerzas para siempre seguir adelante en mis estudios, darme salud y mucha paciencia en esta etapa que culmina en mi vida.

A las autoridades y catedráticos de la Universidad Estatal de Guayaquil, especialmente a los docentes de la Escuela de Medicina.

A mi tutor Dr. Cesar Garcia Cornejo, director de mi tesis, para quien le expreso mi congratulación, por haberme compartido sus conocimientos y guiarme en la elaboración y culminación de esta labor.

A mis padres, familiares, amigos que siempre me dieron una palabra de aliento para seguir adelante en toda esta etapa universitaria.

El autor.



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

EFFECTO DE LA PSICOTERAPIA EN LA EVOLUCION DE SECUELAS PSICOLOGICAS DE NIÑOS QUEMADOS EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2014 - 2015

AUTOR/ ES: TERREROS BUENO
ALEJANDRO JULIAN

REVISORES:
Dr. CESAR GARCIA CORNEJO

INSTITUCIÓN: Universidad de
Guayaquil

FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS

CARRERA: MEDICINA

FECHA DE PUBLICACION:

Nº DE PÁGS:

ÁREAS TEMÁTICAS:

PALABRAS CLAVE:

RESUMEN: Este fue un estudio realizado a todos los paciente del área de quemados del hospital francisco icaza bustamante de la ciudad de guayaquil durante el periodo del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015 que estuvieron ingresados en dicha área. En la cual la característica principal de los paciente quemados eran niños de entre edades de 5 – 10 años con un porcentaje del 70% frente a los de 11 - 15 años con un porcentaje de 30%. En los que predominaba el sexo masculino con 64% sobre el femenino con 36% de acuerdo al sexo en pacientes quemados. En cuanto a los datos de causas de quemaduras en la que la mayor incidencia se dio por líquidos caliente en 70%, fuego directo 24%, electricidad 2%, químicos 5%, dando una relación de según el grado de la muestra que se inicio el estudio solo en que se tomo en cuenta las quemaduras de II grado en 59% y III grado en 41%, dando un incremento de los paciente con mayor superficie corporal quemada en de 20% - 40% con 76%, seguida de 41% - 70% con 22% y de 71% - 100% con un total de 2% en los cuales la terapia familiar y soporte de tipo psicológico para evitar las secuelas psicológicas de los paciente con mayores complicaciones en las quemaduras dando así los resultados del estudio por la encuesta

realizada con un mayor porcentaje de respuesta positiva Si con 20% y de respuesta negativa con 80%.

Con respecto a las secuelas psicológicas los resultados del estudio realizado dieron con mayores porcentajes a los principales factores como las ansiedad con un porcentaje de 29% además de dificultad para la concentración con 18%, seguido de depresión 15% - dolor 15%, miedo hacia su entorno social con 9%, rabia y agresión física hacia su persona y hacia su entorno social en el se desarrolla con 5%, a pesar de que se utilizo la observación, dialogo con las pacientes como metolodologia para obtener los datos de este trabajo.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:
---	-----------------------------

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984362214 3870840	E-mail: alejuli_20@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad Guayaquil. Escuela de Medicina	
	Teléfono: 042288126	
	E-mail: www.ug.com.ec	

RESUMEN

Este fue un estudio realizado a todos los paciente del área de quemados del hospital francisco icaza bustamante de la ciudad de guayaquil durante el periodo del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015 que estuvieron ingresados en dicha área. En la cual la característica principal de los paciente quemados eran niños de entre edades de 5 – 10 años con un porcentaje del 70% frente a los de 11 - 15 años con un porcentaje de 30%. En los que predominaba el sexo masculino con 64% sobre el femenino con 36% de acuerdo al sexo en pacientes quemados.

En cuanto a los datos de causas de quemaduras en la que la mayor incidencia se dio por líquidos caliente en 70%, fuego directo 24%, electricidad 2%, químicos 5%, dando una relación de según el grado de la muestra que se inicio el estudio solo en que se tomo en cuenta las quemaduras de II grado en 59% y III grado en 41%, dando un incremento de los paciente con mayor superficie corporal quemada en de 20% - 40% con 76%, seguida de 41% - 70% con 22% y de 71% - 100% con un total de 2% en los cuales la terapia familiar y soporte de tipo psicológico para evitar las secuelas psicológicas de los paciente con mayores complicaciones en las quemaduras dando así los resultados del estudio por la encuesta realizada con un mayor porcentaje de respuesta positiva Si con 20% y de respuesta negativa con 80%.

Con respecto a las secuelas psicológicas los resultados del estudio realizado dieron con mayores porcentajes a los principales factores como las ansiedad con un porcentaje de 29% además de dificultad para la concentración con 18%, seguido de depresión 15% - dolor 15%, miedo hacia su entorno social con 9%, rabia y agresión física hacia su persona y hacia su entorno social en el se desarrolla con 5%, a pesar de que se utilizo la observación, dialogo con las pacientes como metodología para obtener los datos de este trabajo.

Palabras claves: quemaduras, secuelas psicológicas, hospital francisco Icaza Bustamante, psicoterapia

ABSTRACT

This was a study of all patients of the hospital burn area Icaza Francisco Bustamante city of Guayaquil during the period from 1 January 2014 to December 2015 were admitted in this area 31. In which the main feature of burned patients were children between the ages of 5 to 10 years with a rate of 70% compared to those of 11 to 15 years with a percentage of 30%. In which males predominated with 64% of women with 36% agree to sex in burn patients.

As for data causes burns the highest incidence occurred by hot liquids at 70%, direct fire 24%, electricity 2%, chemicals 5% giving a ratio according to the degree of the sample start the study only that take into account burns II degree in 59% and grade III in 41%, giving an increase in patients with higher body surface area burned in 20% - 40% with 76%, followed by 41% - 70% to 22% and 71% - 100% with a total of 2% in which family therapy and support psychological to avoid the psychological consequences of the patient with major complications in burns thus giving the study results by encuesta performed with a higher percentage of positive response 20% If negative response and 80%.

With regard to the psychological consequences the results of the study had higher percentages to the main factors like anxiety with a percentage of 29% plus impaired concentration with 18%, followed by depression 15% - pain 15%, fear of their social environment with 9%, anger and physical aggression towards him and towards his social environment develops 5%, although observation, dialogue was used with patients as methodology to obtain the data for this work.

Keywords : burns, psychological consequences , Francisco Icaza Bustamante hospital , psychotherapy

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
OBJETIVO GENERAL:.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. CONCEPTO	8
2.2. FISIOPATOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS	8
2.3. ETIOLOGIA.....	9
2.4. CLASIFICACION DE QUEMADURAS	10
2.5.- MANIFESTACIONES CLINICAS	12
2.6 COMPLICACIONES	13
2.7 FACTORES ASOCIADOS A SECUELAS PSICOLÓGICAS EN NIÑOS QUEMADOS	14
2.8 DIAGNOSTICO.....	15
2.9 TRATAMIENTO	16
ASEO QUIRÚRGICO INICIAL.....	16

COBERTURAS	17
2.10 HIPÓTESIS	19
2.11 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	19
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	19
VARIABLE DEPENDIENTE.....	19
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	20
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	20
VARIABLE DEPENDIENTE.....	20

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y METODOS	22
3.1. METODOLOGIA.....	22
3.2. CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO	22
UNIVERSO	23
MUESTRA	23
3.3. VIABILIDAD.....	23
3.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	25
CRITERIOS DE INCLUSION	25
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	25
3.5. MATERIALES.....	25
3.6. ANALISIS DE LA INFORMACION	26
CONSIDERACIONES BIOETICAS	26

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS	27
4.2 DISCUSION.....	37

CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES	39
5.2. RECOMENDACIONES.....	41

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Si nos centramos en países del área latinoamericana podemos presentar estadísticas como las de Chile, donde las quemaduras constituyen la primera causa de muerte entre niños de 1 a 4 años, o las de la República Dominicana, donde también son la causa más importante de morbimortalidad por trauma, solamente superadas por los accidentes de tráfico, con una mortalidad del 18 al 26% en el 2002

A pesar de los avances en el cuidado del paciente quemado, las infecciones continúan siendo una causa fundamental de morbimortalidad en estos pacientes, debido al daño en la integridad de la barrera cutánea y al compromiso del sistema inmune, son una complicación frecuente en los pacientes hospitalizados por lesión térmica.

La obtención de las características demográficas, clínicas y de atención de salud, preguntado en la población menor de 20 años con quemaduras, tiene gran impacto en prevención y programación de acciones en salud, porque complementa la información disponible de consultantes y hospitalizados que corresponden a los casos más graves.

Las quemaduras en la población infantil constituyen un serio problema debido al alto riesgo de mortalidad, presencia de lesiones invalidantes, funcionales y estéticas; es por desarrollo el impacto de los traumas térmicos es más complejo debido a que tienen la mayor incidencia, mortalidad y población vulnerable; así como menor infraestructura y facilidades para el tratamiento. Estas lesiones son una causa importante de ingresos hospitalarios y de mortalidad por trauma, en especial, en la población pediátrica y con frecuencia requiere de largos periodos de hospitalización.

Con una estancia aproximada de un día por cada 1% de superficie corporal quemada (SCQ) y con una mortalidad de un 4 %, por la quemadura o sus complicaciones. Sólo en este país el gasto en prevención y tratamiento por quemaduras asciende a 2 billones de dólares por año.

El desconocimiento del aumento del impacto psicológico en niños quemados en el cual identificar la estructura familiar y dar soporte psicológico se convierte en plan básico

poco utilizado para la dinámica propia que viven los niños con quemaduras, la adecuada constitución psíquica y psicológica del niño puede verse afectada por la lenta rehabilitación funcional, estética por la deformidad del cuerpo, rostro, pérdida de dedos, visión, audición, las reacciones emocionales negativas se encuentran presentes durante toda la evolución de la lesión, intensificándose aún más en el proceso de inclusión a la sociedad, ya que la rehabilitación y los tratamientos a los que se enfrentan los pacientes quemados, generan en ellos estrés emocional, pues se ven obligados a adaptarse a cambios físicos y psicológicos: el uso de prendas compresivas, múltiples intervenciones quirúrgicas, entre otros procedimientos que de una u otra manera les afecta en su vida personal y social. Igualmente una hospitalización causada por este tipo de lesiones conlleva a que sus roles como sujeto se reduzcan, afectando así su vida social de: estudiante, hijo, hermano. Con lo anterior es importante resaltar que el proceso de resocialización se vuelve día a día más complejo para cada niño, ya que se pone en juego su nueva imagen corporal y como esta afectara sus relaciones dentro de la sociedad.

A partir de esta problemática se considera importante realizar un proceso terapéutico focalizado en el acompañamiento psicológico del niño que contribuya en el proceso de la cirugía, la cual resulta ser una situación potencialmente traumática, la activación de programas educativos, talleres interactivos, métodos preventivos y de concientización hacia la sociedad y la niñez considerándose como un solo conjunto para buen desarrollo.

El propósito de este estudio es determinar el efecto de la intervención de la psicoterapia en niños quemados y sus secuelas psicológicas en niños atendidos en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2014 – 2015.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe un desconocimiento del aumento del impacto psicológico en niños quemados en el cual identificar la estructura familiar y dar soporte psicológico se convierte en plan básico poco utilizado para la dinámica propia que viven los niños con quemaduras, la adecuada constitución psíquica y psicológica del niño puede verse afectada por la lenta rehabilitación funcional, estética por la deformidad del cuerpo, rostro, pérdida de dedos, visión, audición, las reacciones emocionales negativas se encuentran presentes durante toda la evolución de la lesión, intensificándose aún más en el proceso de inclusión a la sociedad, ya que la rehabilitación y los tratamientos a los que se enfrentan los pacientes quemados, generan en ellos estrés emocional, pues se ven obligados a adaptarse a cambios físicos y psicológicos: el uso de prendas compresivas, múltiples intervenciones quirúrgicas, entre otros procedimientos que de una u otra manera les afecta en su vida personal y social.

Igualmente una hospitalización causada por este tipo de lesiones conlleva a que sus roles como sujeto se reduzcan, afectando así su vida social de: estudiante, hijo, hermano. Con lo anterior es importante resaltar que el proceso de resocialización se vuelve día a día más complejo para cada niño, ya que se pone en juego su nueva imagen corporal y como esta afectara sus relaciones dentro de la sociedad.

Las quemaduras en niños son consideradas lesiones producidas por un traumatismo físico o químico, que conlleva un daño o destrucción de la piel. resultantes de la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos que puede originar alteraciones locales o sistémicas, reversibles o no, y dependiendo de diversos factores, constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, con mayor impacto en países en vías de desarrollo La tasa de mortalidad por quemaduras en menores de 20 años en el mundo es de $3,9 \times 10^5$, variando entre $0,4 \times 10^5$ en países desarrollados a $4,3 \times 10^5$ en países en vía de desarrollo en año 2010.

En las Latinoaméricas, la tasa fluctúa entre $0,6 \times 10^5$ en los países de ingresos bajos o medianos y de $0,7 \times 10^5$ en países desarrollados. En todo el mundo, las defunciones por lesiones no intencionales, dentro de las cuales se incluyen las quemaduras por fuego (según nomenclatura CIE-10), ocupan el tercer lugar con 9,1%, después de ahogamiento (16,8%) y traumatismos causados por el tránsito (22,3%) en los menores de 18 años. Si nos centramos en países del área latinoamericana podemos presentar estadísticas como las de Chile, donde las quemaduras constituyen la primera causa de muerte entre niños de 1 a 4 años, o las de la República Dominicana, donde también son la causa más importante de morbimortalidad por trauma, solamente superadas por los accidentes de tráfico, con una mortalidad del 18 al 26% en el 2002. A pesar de los avances en el cuidado del paciente quemado, las infecciones continúan siendo una causa fundamental de morbimortalidad en estos pacientes, debido al daño en la integridad de la barrera cutánea y al compromiso del sistema inmune, son una complicación frecuente en los pacientes hospitalizados por lesión térmica.

Lo que se encuentra evidenciado como cifras poco alentadoras al clasificarse este tipo de traumatismo como un verdadero maltrato infantil dando así que en el 2014 a nivel mundial, la incidencia de quemaduras lo suficientemente graves como para requerir de atención médica, fue de casi 11 millones de personas; en Ecuador según registros del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos hay 3822 casos de quemados. (INEC, 2014)

Debido a la falta de concientización y educación a nivel familiar acerca de los cuidados y precauciones con las quemaduras a nivel intrafamiliar. De mantenerse el número estadístico de niños quemados aumentaría al igual que sus secuelas psicológicas.

Por lo que se hace necesario que a partir de esta problemática se considere importante realizar un proceso terapéutico focalizado en el acompañamiento psicológico del niño que contribuya en el proceso de la cirugía, la cual resulta ser una situación potencialmente traumática, la activación de programas educativos, talleres interactivos, métodos preventivos y de concientización hacia la sociedad y la niñez considerándose como un solo conjunto para buen desarrollo. (SENPLADES, 2013)

En el hospital Francisco Icaza Bustamante se ha observado que las secuelas en psicológicas y sus factores asociados en niños quemados se dan como producto de la

poca adherencia y falta de concientización de la psicoterapia como medio coadyuvante para su desarrollo y su integración en la sociedad

1.2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo trata de analizar y explicar las secuelas psicológicas y sus efectos que se proyectaran en la sociedad con mejores planes de desarrollo y cuidados capaces de evitar los problemas que la globalización demanda.

En el Hospital Francisco Icaza Bustamante se ha observado una alta frecuencia de niños con quienes se han asociado las secuelas psicológicas. Para poder generar información que pueda contribuir al diseño de planes y terapéuticas más adecuadas para la mejoría de los niños quemados con secuelas psicológicas.

Dado como uno de los objetivos del buen vivir es:

3.2 Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud .

2.9 Diseñar e implementar mecanismos que fomenten la corresponsabilidad de la familia y la sociedad en el desarrollo infantil integral.

1.3. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Naturaleza. : Descriptivo.

Campo : Salud Pública.

Area : Quemaduras.

Aspecto: Psicoterapia en niños con quemaduras.

Tema / Investigar : Efecto de la psicoterapia en la evolución de secuelas psicológicas de niños quemados en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2014 – 2015.

Lugar : Unidad De Quemados Del Hospital Francisco Icaza Bustamante Periodo 2014 al 2015.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿ Cual es el efecto de la psicoterapia en en las secuelas psicológicas en niños quemados atendidos en el hospital francisco Icaza Bustamante periodo 2014 – 2015.

1.5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el efecto de la psicoterapia en el incremento de las quemaduras y sus secuelas psicológicas mediante el analisis de datos en la unidad de quemados del Hospital Francisco Icaza Bustamante 2014 – 2015 para la mejoría de la calidad de vida de los niños quemados y su entorno familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a los niños con quemados atendidos en el Hospital Francisco Icaza Bustamante mediante la identificación de las causas de la quemadura, la superficie corporal quemada y su grado de profundidad.
2. Analizar el estadio psicológico de los niños quemados mediante análisis de encuesta de datos e historia clínica.
3. Establecer los factores asociados que predisponen a las secuelas psicológicas mediante la identificación de la presencia de dolor, miedo, ansiedad, rabia, depresión, regresión, reacción psicótica y la dificultad de concentración.
4. Categorizar la psicoterapia como medio de soporte importante en la evolución del niño quemado
5. Relacionar los factores asociados con las secuelas psicológicas en niños quemados.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. CONCEPTO

Las quemaduras son todas aquellas lesiones producidas por un traumatismo físico o químico, que conlleva un daño o destrucción de la piel. Lesiones muy variables en cuanto a gravedad, ya que van desde una leve afectación de la piel a la total destrucción del tejido. Son lesiones con una elevada incidencia en la población, que vemos con cierta frecuencia en nuestra consulta de atención primaria. (Aladro Castañeda M, 2012)

Las quemaduras en niños constituyen un serio problema debido al alto riesgo de mortalidad, presencia de lesiones invalidantes, funcionales y estéticas; siendo una causa importante de muerte accidental en los niños. Los pediatras desempeñan un papel importante, instruyendo a los padres para la prevención de las quemaduras más comunes en los niños. (Sánchez-López, 2011)

2.2. FISIOPATOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS

La pérdida de la barrera cutánea facilita la entrada en la herida de la propia flora del paciente y de microorganismos procedentes del ambiente hospitalario. Con frecuencia la herida contiene tejido desvitalizado o francamente necrótico, que rápidamente se contamina con bacterias. Cuando las bacterias llegan a tejido viable, por lo general debajo de la escara, se produce una infección invasora, ya sea localizada, sistémica, o de ambos tipos.

La frecuencia de la infección discurre paralela a la extensión y la intensidad de la lesión producida por la quemadura. Las quemaduras graves producen defectos tanto de la inmunidad celular como humoral, lo que tiene un gran impacto sobre la infección. Después de quemaduras importantes se produce una disminución del número y de la actividad de los linfocitos T colaboradores circulantes, un aumento de los linfocitos T

supresores y una disminución de los niveles de inmunoglobulinas. También se ha demostrado que después de las quemaduras se altera la función de los neutrófilos. La elevación de las cifras de múltiples citocinas de los pacientes quemados es compatible con la idea, muy extendida, de que estos pacientes muestran una alteración de la respuesta inflamatoria. (Harrison, 2006)

La piel es un órgano que protege al organismo frente a las infecciones, regula la temperatura corporal y previene la pérdida de líquidos corporales, por tanto en el paciente quemado habrá una mayor susceptibilidad a las infecciones, una alteración en el control de la temperatura y una pérdida de líquidos corporales

2.3. ETIOLOGIA

Por su agente etiológico se este físico químico o biológico, las quemaduras se clasifican principalmente en térmicas o por líquidos calientes, por fuego directo, eléctricas, por radiación, por rozamiento y químicas.

Térmicas:

- **Escaldaduras.-** producidas normalmente por agua o aceite.
- **Llamas.-** producidas por fuego.
- **Sólido caliente.-** producidas por contacto con superficies calientes (planchas, hornos, estufa, tubo de escape).
- **Fogonazos o flash.-** producidas por el calor producido en un cortocircuito.
- **Frío.-** por producidas por hipotermia (eritema, pie de trinchera o pie de inmersión) o congelación (temperatura inferior a 0° c)

Eléctricas: producidas por el paso de la corriente eléctrica a través del organismo.

Por radiación: producidas por exposición a otras energías (Rayos UV/UVB o Radioterapia).

Por rozamiento.- por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras.

Químicas.- producidas en la piel y/o tejidos por un agente químico (ácidos, álcalis o sustancias orgánicas) (Aladro Castañeda M, 2012)

2.4. CLASIFICACION DE QUEMADURAS

La clasificación y el tratamiento adecuado de las quemaduras requieren valorar la extensión y profundidad de la lesión.

Quemaduras de primer grado: afectan sólo a la epidermis y se caracterizan por inflamación, eritema y dolor (similar a una quemadura solar leve). El daño tisular suele ser mínimo y no se forman ampollas. El dolor desaparece en 48-72 horas y, en un pequeño porcentaje de pacientes, el epitelio dañado se desprenderá posteriormente sin dejar cicatrices residuales.

Quemaduras de segundo grado: afectan a toda la epidermis y a una porción variable de la dermis (la formación de vesículas y ampollas es característica de estas quemaduras.

- **Quemaduras de segundo grado superficial** es muy dolorosa porque quedan expuestas numerosas terminaciones nerviosas viables. Estas quemaduras superficiales de segundo grado curan en 7-14 días, a medida que se regenera el epitelio en ausencia de infección.
- **Quemaduras de segundo grado medias o profundas** cicatrizan de forma espontánea si las lesiones se mantienen limpias y sin infección.

El dolor es menor que en quemaduras más superficiales, porque hay pocas terminaciones nerviosas que sigan siendo viables. La pérdida de líquidos y los efectos metabólicos de las quemaduras dérmicas profundas (de segundo grado) son esencialmente iguales que en las de tercer grado.

Quemaduras de todo el espesor de la piel o de tercer grado: suponen la destrucción de toda la epidermis y la dermis, sin que queden células epidérmicas residuales que puedan regenerar la zona lesionada. Estas zonas quemadas no pueden epitelizarse y sólo curan con retracción de la herida o con un injerto cutáneo. La ausencia de dolor y de relleno capilar demuestra la pérdida de los elementos nerviosos y capilares. (Nelson tratado de Pediatría, 18va Edición, 2008)



QUEMADURA SUPERFICIAL A ERITEMATOSA Y FLICTENULAR.



QUEM. INTERMEDIA AB SUPERFICIAL Y PROFUNDA.



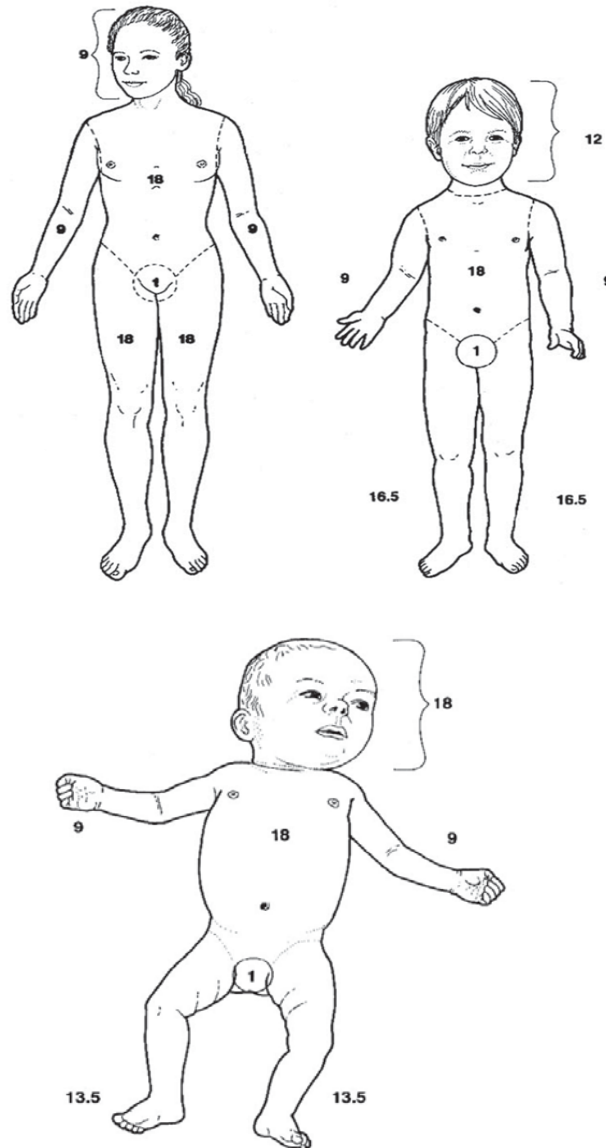
QUEM. PROFUNDA B

(FERJ, 2010)

Según su extensión:

Se realiza mediante el cálculo de la superficie corporal quemada (SCQ). En los niños mayores de 14 años, al igual que en los adultos se utiliza la regla de los 9; la cabeza y cada brazo (hasta la punta de los dedos) un 9% de SC cada una, el tronco anterior, el tronco posterior y cada pierna un 18% de SC y el área genital un 1% .

Por debajo de esta edad podemos realizar el cálculo según la gráfica de SC de Shriners, o estimando que la palma de la mano corresponde según los autores en torno a un 0,8-1% de SC; de esta forma, la cabeza representa un 18%, cada uno de los brazos un 9%, las piernas un 14% cada una, los glúteos un 5%, el tronco anterior un 13% y el posterior un 13% de SC.



(Ana Peñalba Citores, Tratamiento de las quemaduras en urgencias, 2010)

2.5.- MANIFESTACIONES CLINICAS

La mayor manifestación clínica en las quemaduras se da por los bordes eritematosos que, por sí mismo, no suele ser indicativo de infección. Los signos de infección son: conversión de una quemadura de espesor parcial de la piel en una de espesor completo,

alteraciones del a color marrón oscuro o negro en la herida, la aparición de eritema o de edema violáceo en el tejido normal situado en los bordes de la herida, la separación brusca de la escara de los tejidos subcutáneos y la degeneración de la herida con aparición de una nueva escara.

La coloración verdosa en la herida o la grasa subcutánea, o el desarrollo de ectima gangrenosa en una localización remota apunta al diagnóstico de infección invasora por *P. aeruginosa*. Lo que puede producir cambios en la temperatura corporal, hipotensión, taquicardia, obnubilación, neutropenia o neutrofilia, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda. Sin embargo, dado que las quemaduras provocan por sí mismas profundas alteraciones de la homeostasis y dado que la inflamación sin infección es un componente normal de estas lesiones, la evaluación de esos cambios resulta complicada.

Las alteraciones de la temperatura corporal son atribuibles a una disfunción termorreguladora; la taquicardia y la hiperventilación acompañan a los cambios metabólicos inducidos por las quemaduras extensas y no indican sepsis bacteriana siempre. (Nelson tratado de Pediatría, 18va Edición, 2008)

En niños con politraumatismo asociado se manejará la vía aérea con control de la columna cervical hasta excluir lesión de la médula espinal cervical. La inhalación de aire caliente puede provocar edema y obstrucción de la vía aérea en las primeras 24-48 horas. Se valorara intubación precoz si las quemaduras son faciales, en cejas, ante la presencia de esputo carbonáceo, disfonía, estridor, estertores, sibilancias, alteración del estado de conciencia o cianosis. (Aladro Castañeda M, 2012)

2.6 COMPLICACIONES

No siempre la infección de la propia herida debido a otras infecciones sino que a un estado de inmunodepresión causada por las quemaduras extensas. La neumonía, en la actualidad la complicación infecciosa más frecuente de los pacientes quemados hospitalizados, casi siempre es de origen hospitalario y se adquiere por vía respiratoria o

contaminación de tipo nosocomial; también puede haber embolias pulmonares sépticas por el gran estado de catabolismo negativo.

Las lesiones por quemaduras graves también pueden verse complicadas por endocarditis, infecciones urinarias, condritis bacteriana (sobre todo los pacientes con quemaduras en los pabellones auriculares) e infección intraabdominal que darían como complicaciones poco común úlceras de estrés posttraumático.

2.7 FACTORES ASOCIADOS A SECUELAS PSICOLÓGICAS EN NIÑOS QUEMADOS

Los pacientes quemados muestran síntomas emocionales de variada intensidad durante todo su proceso de tratamiento:

- miedo
- ansiedad
- rabia
- depresión
- regresión
- reacción psicótica
- dificultad para concentrarse
- dolor

Conocer los factores del mecanismo del trauma en la quemadura y la historia pasada del paciente. La quemadura es súbita paciente se enfrenta al dolor, a una hospitalización y aun severo desequilibrio fisiológico. Teme por su vida, la mayoría de los procedimientos, como las curaciones y las terapias son dolorosos. Aún los injertos de piel le producen dolor en los sitios donantes. Por esto es normal que el paciente crea que el trato es cruel e inhumano y que incluso se sienta perseguido. Por eso la necesidad de poder iniciar con el tratamiento y soporte psicológico y así evitar las secuelas psicológicas en niños.

2.8 DIAGNOSTICO

En paciente quemado se debe considerar:

- La extensión de las quemaduras, mediante la regla de “Lund y Browder” en niños.
- La profundidad de las quemaduras, mediante las clasificaciones de Benaim, Converse-Smith, o ABA.
- La localización de las quemaduras, considerando las áreas funcionales o estéticamente especiales.
- La edad del paciente (extremos de la vida).
- La gravedad, según índices de Garcés (adultos), Garcés modificado por Artigas (2 a 20 años) o Garcés modificado por Artigas y consenso Minsal de 1999 (< 2 años). Se consideran graves los pacientes con índice > 70, o con:
- Quemaduras intermedias o profundas complejas, de cabeza, manos, pies o región Perineal (o Periorificiales).

La mayor parte del diagnostico de paciente quemado se da por la inspección y el calculo del porcentaje de extension y localización de la quemadura la cual mediante exámenes complementarios y de laboratorio:

- Pruebas de laboratorio
- Carboxihemoglobina, mioglobina
- Rx de torax
- Ekg

Criterios de Hospitalización

- 1) Extensión de la quemadura en un área mayor del 10% (en menores de 5 años con superficies mayores a un 5%) de la superficie corporal total.
- 2) Quemadura de cara, cuello, área glúteogenital y eventualmente manos en quemaduras palmo digitales intermedias o profundas.
- 3) Quemadura eléctrica de alto voltaje o de bajo voltaje.
- 4) Quemadura circular de extremidades, tórax o cuello.

- 5) Quemadura por ácidos o álcalis.
- 6) Rescate desde un espacio cerrado con ambiente invadido por humo (Sospecha de Quemadura Respiratoria).
- 7) Traumatismo mecánico importante asociado.
- 8) Enfermedad metabólica o sistémica asociada.
- 9) Sospecha de maltrato infantil.
- 10) Marginalidad o ruralidad extrema.
- 11) Caso social (analfabetismo o escasa escolaridad de los padres o personas a cargo del niño, recursos económicos escasos, etc.).
- 12) Con un índice de gravedad >70 puntos o con quemaduras AB o B > 20 % de SC.
- 13) Pacientes de más de un 3 % de SCQ que implique un asecuración en pabellón. (Manejo del Dolor).

2.9 TRATAMIENTO

ASEO QUIRÚRGICO INICIAL

El aseo quirúrgico inicial del paciente quemado debe realizarse una vez estabilizado el paciente desde el punto de vista hemodinámico (etapa de shock superada, reposición efectiva de fluidos), diuresis adecuada, y manejado adecuadamente el dolor.

Esta curación incluye:

Preparación inicial (sobre campos estériles impermeables):

- Aseo que elimine suciedad, restos de ropas u otros materiales extraños.
- Aseo por arrastre con agua bidestilada o solución fisiológica.
- Limpieza cuidadoso de zonas quemadas y su contorno, excluyendo cejas. Incluir cuero cabelludo si está comprometido.
- Secado y preparación de campo estéril definitivo. Para la preparación de la piel (Clorhexidina 2%).

Aseo quirúrgico:

- Permite establecer el Diagnóstico de Extensión, Profundidad, Áreas especiales de restricción, en manguito o circulares y el Pronóstico Inicial y realizar las intervenciones mínimas para asegurar la estabilidad y supervivencia del paciente.
- Retirar tejido desvitalizado, flictenas y otros contaminantes.
- Lavado con suero fisiológico abundante (o lavado con agua bidestilada + jabón de clorhexidina).
- Escarotomía o Fasciotomía, desbridamiento compartimentos musculares cuando está indicado.
- No corresponde realizar, en esta etapa, escarectomía, amputaciones ni otras cirugías de la especialidad, ni de mayor envergadura, salvo que fueren necesarias para la sobrevida del paciente. (FERJ, 2010)

COBERTURAS

Vendajes:

Aplicar de distal a proximal para favorecer retorno venoso, de manera firme, pero no compresiva, de espesor mediano que permita los ejercicios, proteja de traumatismos y contenga el exudado.

Posición:

Inmovilizar en posiciones funcionales y/o previniendo retracciones. Elevar extremidades afectadas, o el tronco en el caso de la cara, para favorecer el retorno venoso y disminuir el edema.

Uso de apósitos especiales:

Las membranas semipermeables y/o membranas microporosas

El inicio precoz del tratamiento específico calculando los índices de masa corporal, las pérdidas por porcentaje de extensión de quemadura y su localización, se disminuye los niveles de infección y de desequilibrio hidroelectrolítico, mas el riesgo común que con

lleva la pérdida de la primera línea de defensa del cuerpo que es la piel, como tratamiento se especifica:

Hidratación o fluidoterapia.- la canalización de dos vías periféricas, no debiendo demorar la colocación de una vía intraósea si fuera necesario. El inicio de fluidoterapia en las primeras horas, reduce la mortalidad y el fallo multiorgánico. Durante las primeras 24 horas se emplea Ringer lactato después de esto se necesitara la colocación de una via de mayor calibre para el paso de macromoléculas, coloides y cristalodes de alto peso molecular como lo es la canalización de una via venosa central.

Terapia del dolor.- El control del dolor es un pilar básico del tratamiento, en quemaduras poco extensas se debe emplear paracetamol vo/iv (15 mg/kg/dosis) o metamizol iv (20-40 mg/kg). En pacientes con mayor extensión de la quemadura o profundidad se empleará cloruro mórfico (0,1 mg/kg iv) o fentanilo (1 µg/kg iv), si existe estabilidad hemodinámica

Antibioticoterapia.- se iniciara de manera inmediata profiláctica para asi evitar la contaminación nosocomial con bacteria como Psudomonas y Estreptococos

Alimentación.- es un tratamiento esencial en el manejo del paciente quemado el cual se recomienda por sonda nasoenterica con los requirmientos basales, sumado a esto los protectores gastricos (Ana Peñalba Citores, Aeped, 2016)

2.10 HIPÓTESIS

¿La psicoterapia familiar reduce las secuelas psicologicas en niños quemados ?

2.11 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE

Secuelas Psicologicas

Psicoterapia familiar

VARIABLE DEPENDIENTE

Quemaduras en niños

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE Quemaduras en niños	Las quemaduras son todas aquellas lesiones producidas por un traumatismo físico o químico, que conlleva un daño o destrucción de la piel. Lesiones muy variables en cuanto a gravedad, ya que van desde una leve afectación de la piel a la total destrucción del tejido. Son lesiones con una elevada incidencia en la población, que vemos con cierta frecuencia en nuestra consulta de atención primaria.	Causa Superficie corporal quemada Profundidad	Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no	Historia clínica
VARIABLE INDEPENDIENTE Secuelas Psicologicas	el principio se deben evaluar los aspectos psicológicos de la enfermedad y los médicos deben actuar como un modelo para los padres y niños mostrando interés por los sentimientos de los niños y demostrando que es posible y adecuado comunicar el malestar con palabras.	Presencia de dolor miedo ansiedad rabia depresión regresión reacción psicótica dificultad para concentrarse	Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no	Historia clínica
Psicoterapia	Es el empleo de diferentes técnicas para el mejoramiento vital, social y familiar para la correcta reintegración familiar	Individual Familiar	Si o no	Historia clinica

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1. METODOLOGIA

El presente trabajo de titulación será de tipo cualitativo-retrospectivo, no experimental, analítico, observacional y de correlación de datos estadísticos y encuesta, de corte transversal a través de la revisión de historias clínicas de niños quemados y control por consulta externa en el Hospital Francisco Icaza Bustamante.

Será un estudio cualitativo por la utilización de técnicas cualitativas de análisis de datos en los resultados obtenidos en la investigación, el cual empleará el método observacional de manera indirecta para la recolección de datos, directamente de las historias clínicas de eventos ya registrados y con la elaboración de un formulario para la recolección de datos donde costarán las variables de estudio para alcanzar los objetivos e hipótesis propuestas.

Este estudio se basa en el análisis para poder establecer el grado de relación que existe entre la variable independiente (Quemaduras en niños) y la variable dependiente (Secuelas Psicológicas, Psicoterapia) para ello se aplicará la estadística inferencial bajo usando la prueba de chi cuadrado, que evaluará la discrepancia entre la distribución observada y la teórica

3.2. CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

El presente es un estudio de tipo retrospectivo de análisis y correlación clínica pediátrica, realizado en el área de quemados del Hospital Francisco Icaza Bustamante que se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil en la dirección de Gomez Rendon y Avenida Quito, el cual es el principal centro de atención de niños y referente nacional como hospital de tercer nivel que se encuentra en el primer piso con una capacidad de 14 camas, 1 quirófano y 1 ambiente para paciente aislado.

Su misión es proporcionar servicios de atención pediátrica y de subespecialidades clínicas, quirúrgicas, ambulatoria, hospitalización y emergencia las 24 horas al día de manera oportuna, eficaz y eficiente a la población menor de 15 años, que habita principalmente en las provincias del centro y suroeste del país.

Tiene como visión convertirse en el mejor hospital pediátrico del Ecuador y Latinoamérica, brindando la atención de salud con calidad, calidez, eficacia y efectividad, contando con personal altamente capacitado y motivado.

UNIVERSO

El universo corresponden a los niños quemados que fueron atendidos en el área de quemados del Hospital Francisco Icaza Bustamante durante el periodo del 01 de enero del 2015 hasta el 31 de enero del 2015.

MUESTRA

Muestra esta conformada con una población total de pacientes atendidos de 533 y corresponde a todos los niños que presentaron quemaduras correlacionado con el sistema informático de estadística con diagnóstico CIE10: T95 Secuelas de quemaduras, corrosiones y congelamientos; y CIE10: T20-T32 Quemaduras y corrosiones, de los cuales de acuerdo los criterios de inclusión y exclusión se dieron 163 casos, el cual da un tamaño de muestra de 102 pacientes con un rango de confiabilidad de 90%, margen de error de 5%, y una proporción esperada de respuesta del 50%, en el Hospital Del Niño Francisco Icaza Bustamante durante el periodo 2014 – 2015.

3.3. VIABILIDAD

El presente estudio es viable por cuanto es de interés para el grupo de médicos por ser un trastorno muy frecuente en el Hospital Francisco Icaza. Comprometiendo su ayuda

y haciendo posible el acceso a los reportes y total conocimiento sobre las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en esta área.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	RESPONSABLE
APROBACION DE ANTEPROYECTO		29				ESCUELA DE MEDICINA
AMPLIACIÓN DEL MARCO TEORICO			03			AUTOR
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN			21			AUTOR Y REVISOR
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS				02		AUTOR Y TUTOR
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL					11	AUTOR, REVISOR Y TUTOR
SUSTENTACIÓN DEL INFORME FINAL					13	AUTOR

Fuente: Elaborada por el autor.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Quemaduras de II grado en niños de entre 5 y 15 años.
- Quemaduras de III grado en niños de entre 5 y 15 años.
- Quemadura II grado mayor igual a 20% de SCQ.
- Quemadura III grado mayor igual a 20% de SCQ.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Niños de edad igual o menor a 5 años.
- Quemadura II grado menor igual a 20% de SCQ.
- Quemadura III grado menor igual a 20% de SCQ.
- Niño quemado con retardo mental.

3.5. MATERIALES

Recursos humanos:

Medico interno (recolector de datos)
Tutor: Dr. Cesar Garcia Cornejo

Pacientes Recursos físicos

- Historia Clínica
- Revistas, Articulos
- Laptop
- Internet

3.6. ANALISIS DE LA INFORMACION

Se realizaron las correcciones y las sugerencias del anteproyecto de investigación las cuales fueron emitidas por parte de la asesora designada por la Escuela de Medicina, las mismas que fueron necesarias para poder realizar el trámite de aprobación del trabajo de titulación.

El estudio se realizara utilizando la información contenida en la hoja de datos de los pacientes atendidos durante el periodo de estudio, la misma que será tabulada en cuadro grafico para cada una de las variables para su posterior análisis e interpretación.

CONSIDERACIONES BIOETICAS

En nuestro país son muchos los artículos nombrados en la constitución y nos basaremos en el artículo 32 que menciona lo siguiente: "La salud es un derecho que garantiza el estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos entre ellos derecho a la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir". Debemos considerar el principio de justicia "todas las personas merecen la misma consideración y respeto, nadie debe ser discrimina por sus razas, sexo, edad, sexo, ideas, creencias y posición social"

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

Tabla 1. Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según la Edad.

EDAD		
	N	%
5 - 10	71	70
11 - 15	31	30
TOTAL	102	100

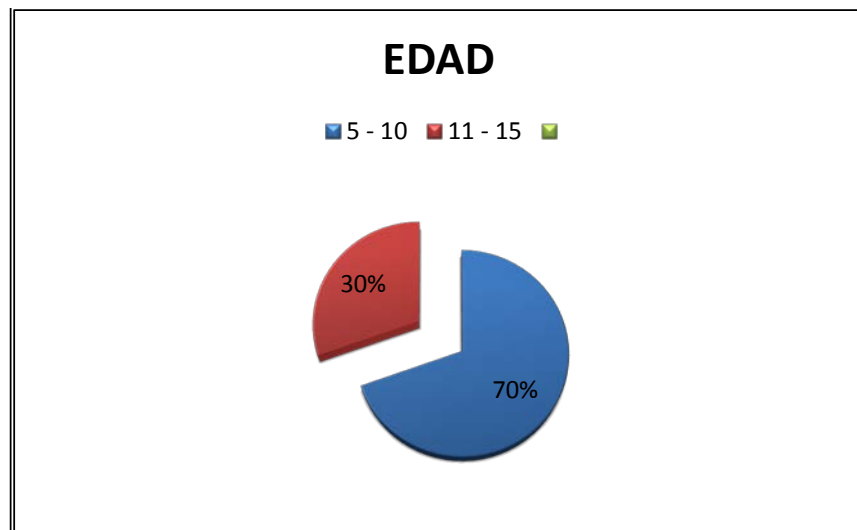


Figura 1 Según la Edad

Según lo que podemos observar en la TABLA 1 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según la Edad con una muestra de entre 102 paciente con datos recolectados según la encuesta realizada, se encontró como resultado la mayor incidencia de pacientes entre las edades de 5 – 10 años con un 70%, y de entre 11 – 15 años con un 30%.

Tabla 2.- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según el Sexo.

SEXO		
	N	%
MASCULINO	65	64
FEMENINO	37	36
TOTAL	102	100

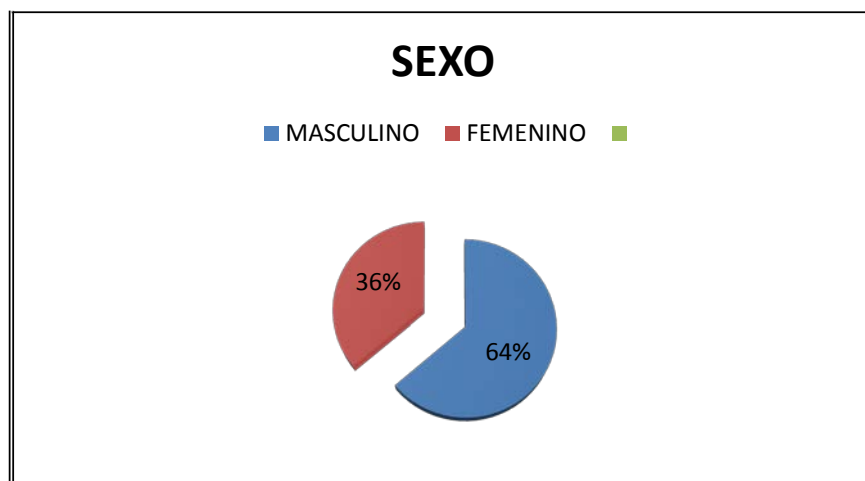


Figura 2 Según el Sexo

Según lo que podemos observar en la TABLA 2 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según el Sexo con una muestra de entre 102 paciente con datos recolectados según la encuesta realizada, se encontró como resultado la mayor incidencia de pacientes de sexo masculino con 64% sobre pacientes de sexo femenino 36%.

Tabla 3.- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según la Causa De La Quemadura.

CAUSAS		
	N	%
POR ELECTRICIDAD	2	2
POR QUIMICOS	5	5
LIQUIDOS CALIENTES	71	70
FUEGO DIRECTO	24	24
TOTAL	102	100

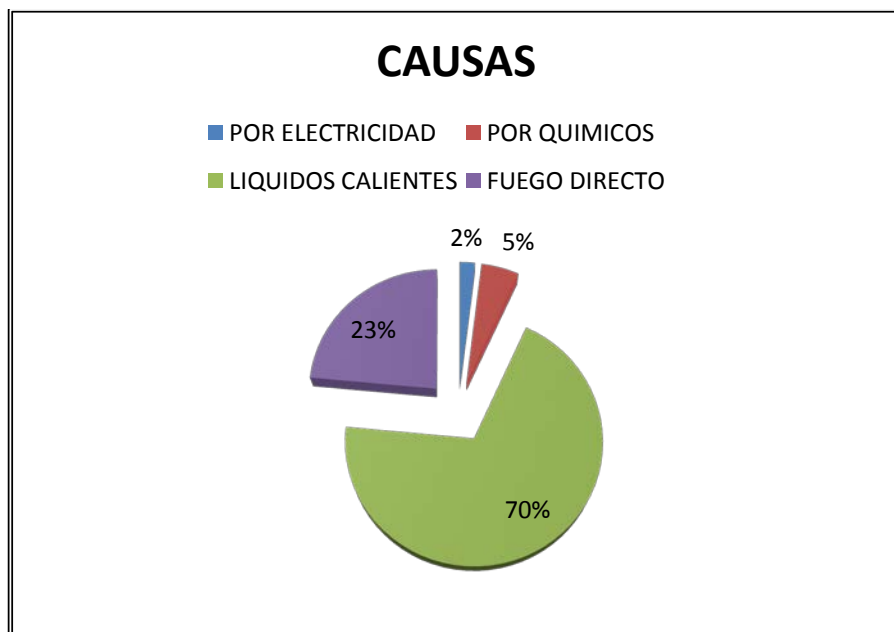


Figura 3 Según las Causas

Según lo que podemos observar en la TABLA 3 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según las Causas De Quemaduras con una muestra de entre 102 paciente con datos recolectados según la encuesta realizada, en la que demuestra que la mayor incidencia se dieron por líquidos calientes con 70%, seguida por fuego directo en un 23%, por químicos 5%, por electricidad en un 2%.

Tabla 4.- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según el Grado De Quemadura.

GRADO DE QUEMADURA		
	N	%
II GRADO	60	59
III GRADO	42	41
TOTAL	102	100

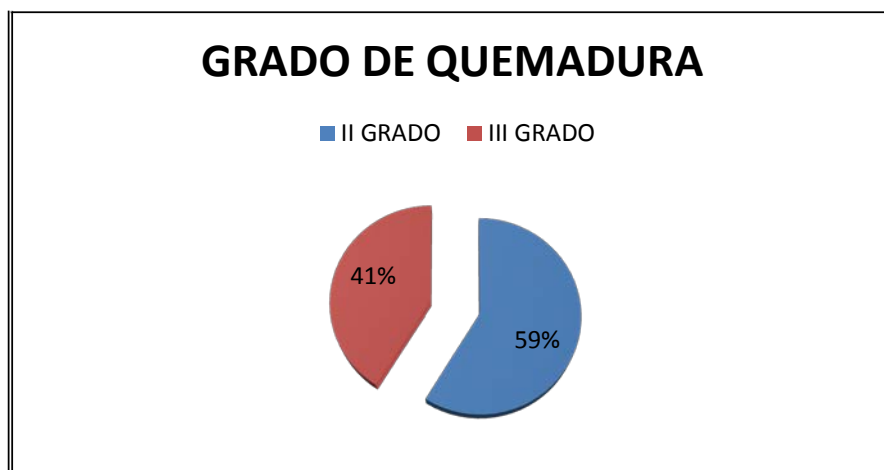


Figura 4 Según El Grado de Quemadura

Según lo que podemos observar en la TABLA 4 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según el Grado De Quemadura con una muestra de entre 102 paciente con datos recolectados según la encuesta realizada dan como resultado que la mayor incidencia se dan en el II Grado con 59% y de III Grado 41%.

Tabla 5 .- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según la Superficie Corporal Quemada.

SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA		
	N	%
20 – 40 %	78	76
41 – 70 %	22	22
71 – 100 %	2	2
TOTAL	102	100

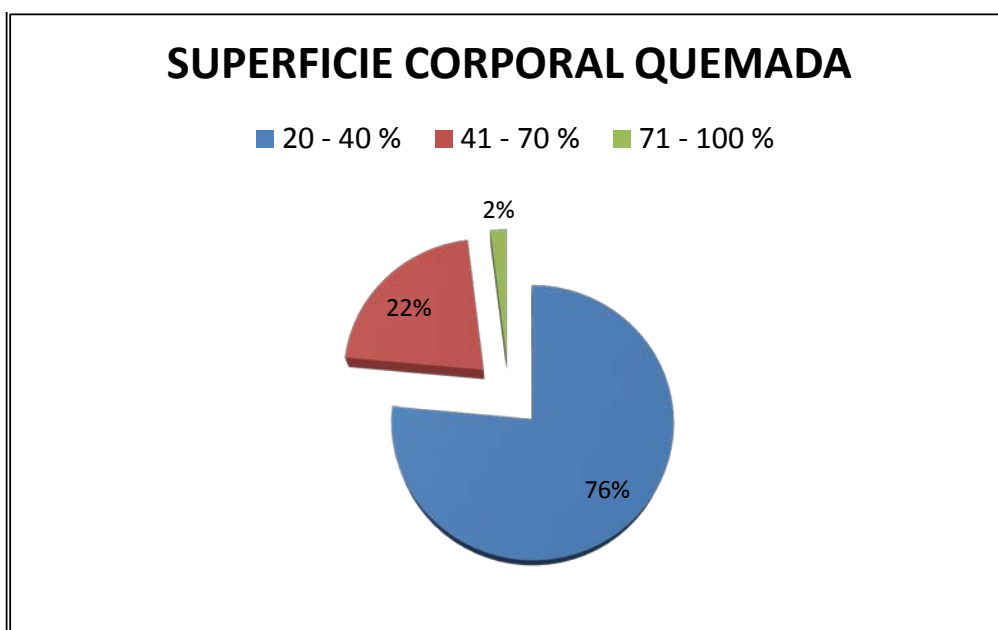


Figura 5 Según la Superficie Corporal Quemada

Según lo que podemos observar en la TABLA 5 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según el Superficie Corporal Quemada con una muestra de entre 102 paciente con datos recolectados en la encuesta realizada según la superficie corporal quemada dan como resultado que mayor incidencia hay de entre 20 – 40% con 76%, 41 – 70% con un 22%, 71 – 100% con un 2%.

Tabla 6 .- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según la Terapia Familiar.

TERAPIA FAMILIAR		
	N	%
SI	20	20
NO	82	80
TOTAL	102	100

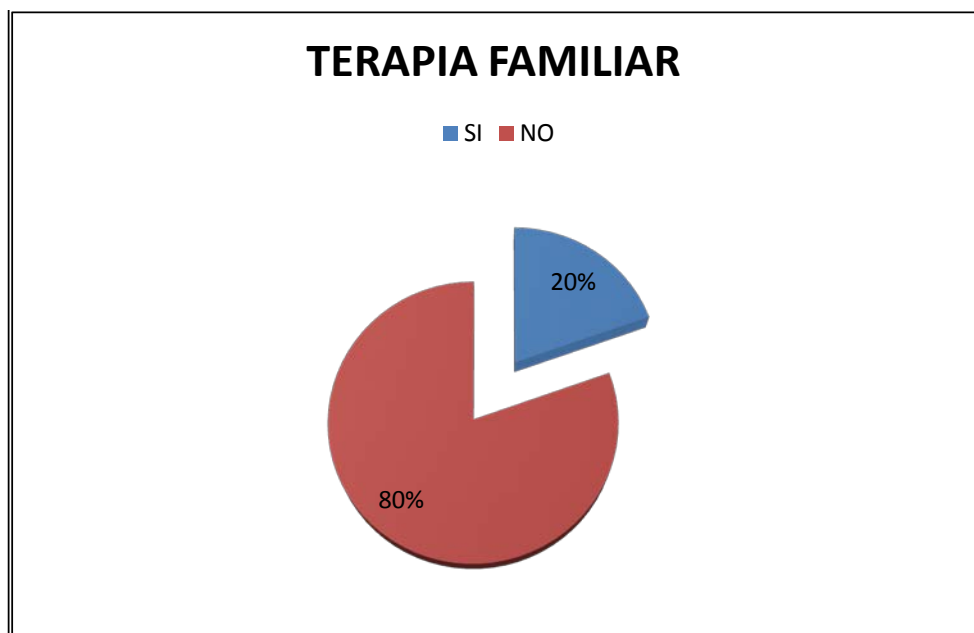


Figura 6 Según la Terapia Familiar

Según lo que podemos observar en la TABLA 6 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según la Terapia familiar como apoyo psicológico realizado en el tiempo hospitalario con una muestra de entre 102 paciente con datos recolectados en la encuesta realizada en el que se demuestra que la terapia familiar con respuesta negativa evidencio un 80% y de respuesta positiva solo un 20%.

Tabla 7 .- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según el Tipo De Secuela Que Presentaron.

TIPO DE SECUELA QUE PRESENTARON		
	N	%
DOLOR	15	15
MIEDO	9	9
ANSIEDAD	30	29
RABIA - AGRESION	5	5
DEPRESION	15	15
DIFICULTAD PARA CONCENTRACIÓN	18	18
BAJA AUTOESTIMA	10	10
TOTAL	102	100

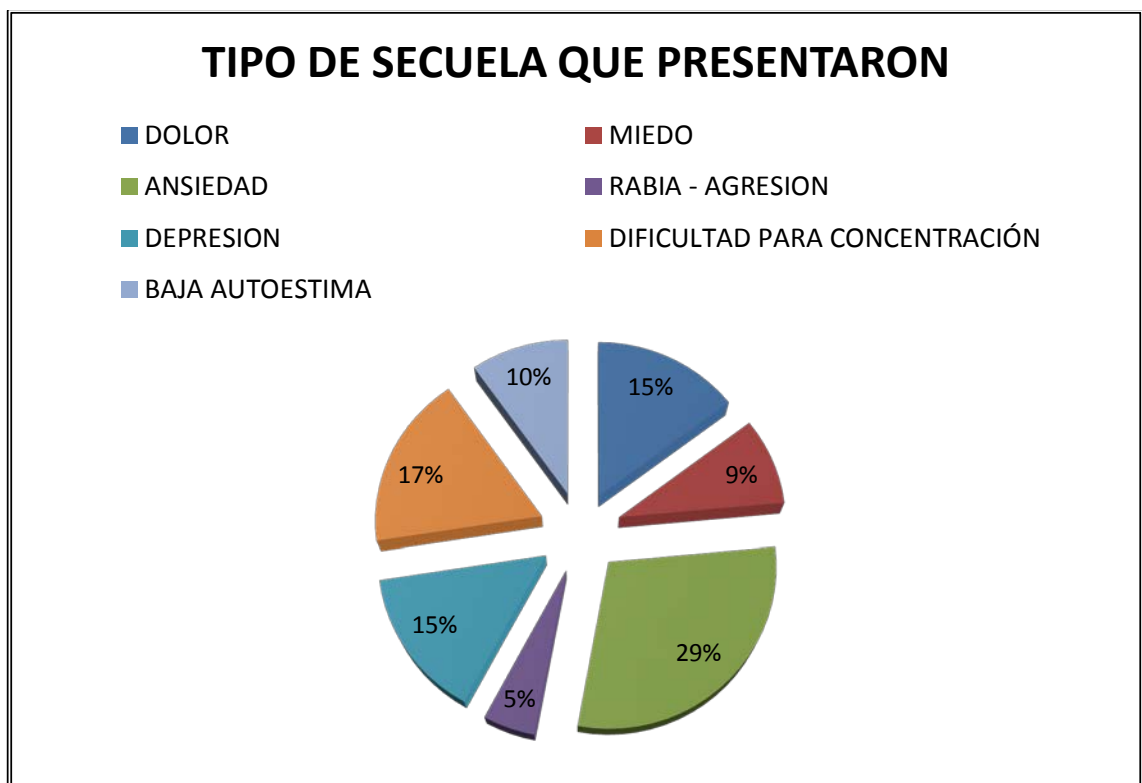


Figura 7 Según el Tipo de Secuela que Presentaron

Según lo que podemos observar en la TABLA 7 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según la Terapia familiar

como apoyo psicológico realizado en el tiempo hospitalario con una muestra de entre 102 paciente con datos recolectados en la encuesta realizada

Tabla 8 .- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según La Psicoterapia Individual De Conducta Inhibida.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL - CONDUCTA INHIBIDA		
	N	%
TRISTEZA	15	44
AISLAMIENTO	7	21
MIEDO	4	12
BAJA AUTOESTIMA	8	24
TOTAL	34	100

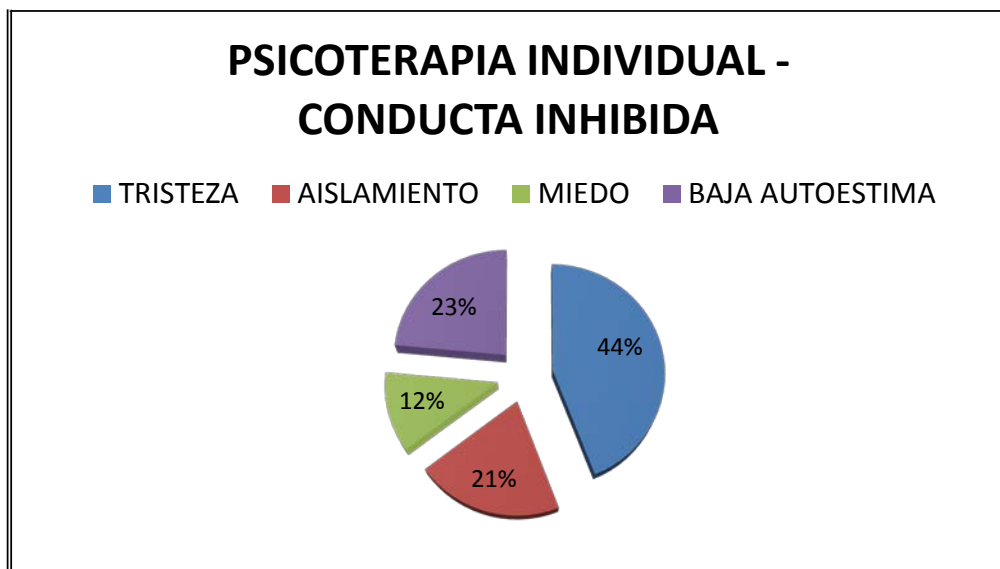


Figura 8 Según La Psicoterapia Individual De Conducta Inhibida.

Según lo que podemos observar en la TABLA 8 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según La Psicoterapia Individual De Conducta Inhibida. Como apoyo psicológico realizado, en que se

encontró mayor porcentaje en paciente quemados que demostraron tristeza 44%, baja autoestima con 23%, aislamiento 21%, miedo 12%.

Tabla 9 .- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según La Psicoterapia Individual De Conducta Agresiva.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL – CONDUCTA AGRESIVA		
	N	%
IRRITABILIDAD	4	80
GOLPEA OBJETOS	0	0
GOLPEA A OTROS NIÑOS	1	20
SE AUTO – GOLPEA	0	0
TOTAL	5	100

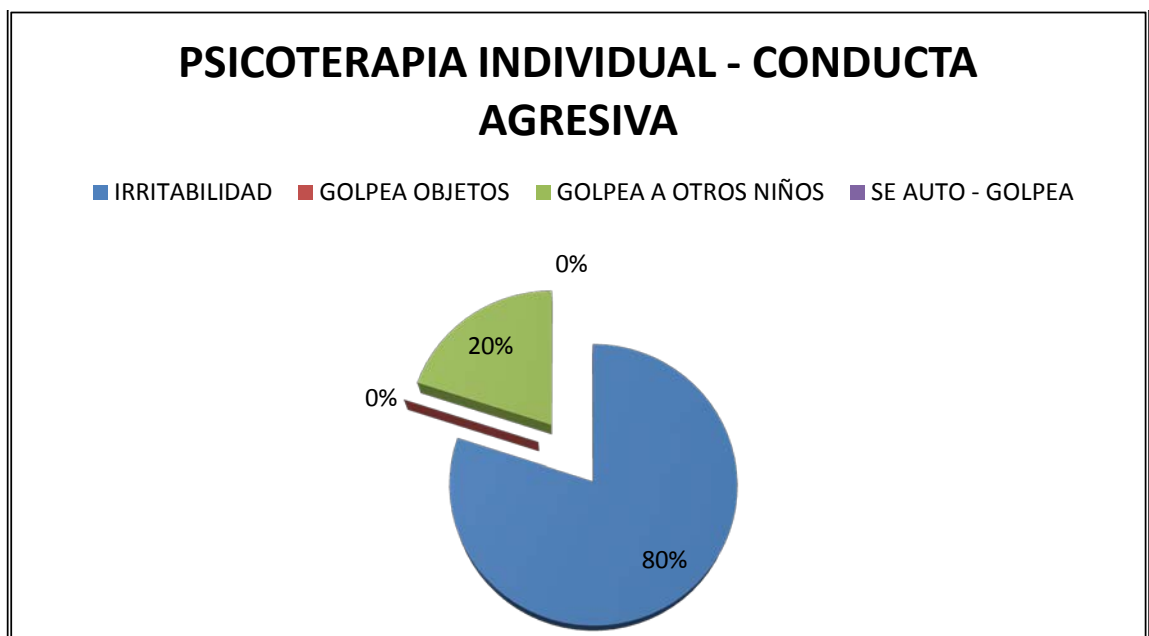


Figura 9 Según la Psicoterapia Individual De Conducta Agresiva

Según lo que podemos observar en la TABLA 9 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según La Psicoterapia Individual De Conducta Agresiva como apoyo psicológico realizado en que se

demuestra un mayor índice de pacientes quemados irritables con 80%, golpea a otros niños 20%, golpea objetos 0%.

Tabla 10 .- . Clasificación de la muestra dada por la encuesta realizada, caracterizada por la mayor incidencia de presentación según La Psicoterapia Individual Según Su Grado De Ansiedad.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL - ANSIEDAD		
	N	%
ONICOFAGIA	10	33
TRICOTILOMANIA	2	7
ENURESIS	14	47
ENCOPRESIS	4	13
TOTAL	30	100

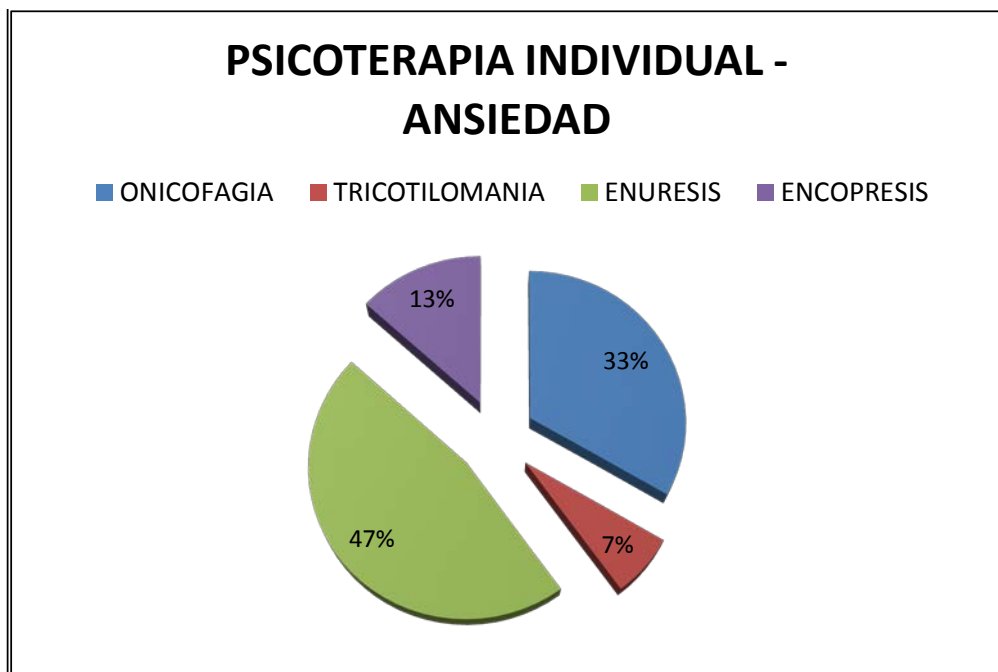


Figura 10 La Psicoterapia Individual Según Su Grado De Ansiedad

Según lo que podemos observar en la TABLA 10 que se refiere a la mayor incidencia de presentación de secuelas psicológicas en pacientes quemados según La Psicoterapia Individual Según Su Grado De Ansiedad como apoyo psicológico realizado en el se dan resultados de enuresis 47%, onicofagia en un 33%, encopresis 13%, tricotilomania 7%.

4.2 DISCUSION

Como sabemos las quemaduras en niños a nivel mundial es una de los factores de mayor predisposición en hospitalizaciones dado por estudios. (Xochiquetzaly Yeruti de Ávila Ramírez, 2013). Los accidentes causantes de quemaduras en la infancia presentan una elevada incidencia, siendo la tercera causa de muerte accidental a nivel mundial; además, constituyen la segunda causa de muerte por debajo de los 4 años de edad, después de los de tránsito, y la tercera en los niños de 5 a 14 años de edad. En las últimas décadas la incidencia ha disminuido notablemente, bajo la influencia de una mayor difusión de las medidas de prevención. (Rizo González, 2014), en los cuales debido al nivel de desarrollo se da Un hallazgo importante en el campo de las lesiones pediátricas no intencionales, es que tanto madres y padres se ven igualmente o incluso más afectados que el niño.

Ser testigo del evento de la quemadura, el temor por la vida del niño, presenciar el dolor de éste y los graves daños en la piel, así como experimentar sentimientos de incertidumbre y falta de control sobre el futuro puede resultar una experiencia abrumadora para ambos padres. (Ela Maritza Olivares Louhau, 2011). De esta manera, enfrentar un evento que involucra lesiones graves en un niño se especifica como un evento traumático para padres y madres, En estudios realizados mayoritariamente en madres, se han encontrado reacciones emocionales y psicológicas adversas, después del accidente de la quemadura de sus hijos, como síntomas de estrés agudo, ira, sentimientos de culpa, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (Lucía Quezada Berumen, 2015), en los cuales sugieren que todos los padres, madres y sobre todo el niño quemado corren el riesgo de sufrir y desarrollar efectos psicológicos adversos, como síntomas de estrés agudo, depresión, ansiedad, estrés postraumático (Bakker, 2012). En las Diversas formas de estudios han dado sugerencias que muchos niños quemados tienen antecedentes emocionales o provienen de situaciones domésticas en las cuales hay tempestades emocionales.

Sabiendo que la psicoterapia de apoyo familiar hospitalaria forma parte del proceso de atención, y que todo paciente ingresado por quemaduras debe ser valorado desde el punto de vista psicológico, y recibir tratamiento psicoterapéutico; lo anterior nos

demuestra que hay un gran subregistro tanto de los procedimientos terapéuticos específicos, así como de las alteraciones psicológicas que padecen los pacientes durante su ingreso hospitalario. (Barreto, Farigola, & Vázquez, 2015). Para el presente estudio se dieron diversas limitaciones como es la de la muestra, la edad y grado de quemadura.

Por otra parte, en la casuística se observó que el mayor número de factores socioeconómicos del medio familiar, estaba relacionado con una baja percepción de riesgo de los accidentes, seguido de la procedencia rural y las malas condiciones de vida. Aunque el tema ha sido poco tratado en la bibliografía, parece ser que los factores socioeconómicos indicados, son elementos que influyen sobre el aumento de riesgo de quemaduras en niños. (MsC. Raúl Ricardo Rizo González, 2014), además de que la mayoría de las familias habitan en áreas que no tienen todos los servicios básicos o están desprovistas de condiciones sanitarias adecuadas, enfrentan restricciones educacionales y sociales de los niños, de manera que siempre son más vulnerables los hogares de condiciones socioeconómicas humildes.

Al empezar el planteamiento del papel fundamental de la psicoterapia en niños quemados se lo dirige principalmente a que el infante logre superar sentimiento de tipo negativos al desarrollarse el hecho de estar internados demasiado tiempo, el papel de la familia juega un rol fundamental tanto en el origen del accidente como durante su estancia hospitalaria y tras el alta han sido destacado por los estudios realizados. Las técnicas cognitivoconductuales para manejar la ansiedad y la reducción del estrés, unidas a la aplicación de nuevas tecnologías como la realidad virtual para el control del dolor y técnicas de relajación, constituyen una de las opciones destacadas. (Gracia Delgado Pardo, 2010). Pese a la pobre terapéutica y las limitaciones reconocidas en el sistema los hallazgos han permitido proponer iniciativas y realizar investigaciones con objetivos profilácticos, para mejorar la estructura sociodemográfica, personal, familiar, consideradas de riesgo para sufrir accidentes por quemaduras. (Gracia Delgado Pardo, 2010)

CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES

Las secuelas de tipo psicológicas de niños en la evolución de sus quemaduras que fueron atendidos en el hospital Francisco Icaza Bustamante, se han ido incrementando por la falta de atención inicial del soporte psicológico para la reintegración social tanto de padres como de hijos. Este trabajo permitió dar resultados en los cuales se ve que en su mayoría fueron niños de sexo masculino de edades de entre los 5 – 10 años con una quemadura de II grado, de espesor profundo en su mayoría y que en muchos de los casos con una superficie corporal quemada de 20 – 40%, permitiendo establecer la causa más frecuente que es la de quemadura por líquidos calientes en casa cuando el niño incursiona en la cocina y se baña con la olla caliente en la mayoría de casos encuestados.

Facilitando la determinación de las secuelas psicológicas, demostrando una gran proporción de niños con retracciones sociales, ansiedad, tristeza, baja autoestima, violencia en sus entornos de sociabilización, con sintomatología agregada por los trastornos de ansiedad como lo son la enuresis, onicofagia, tricotilomanía entre las destacadas, impidiendo y dificultando así el buen desarrollo en su entorno, de los cuales en un 80% tuvieron dificultades o no recibieron terapia familiar ni soporte psicológico.

5.2. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en éste trabajo de investigación científica mi recomendación es para los servidores de Salud de la Institución Hospitalaria donde se realizó el estudio, en que se pudieron determinar que la mayoría de casos de niños quemados se debe realizar un test de evaluación psicológico y ayuda de apoyo familiar para que las secuelas psicológicas no se manifiesten.

Para esto se debe establecer programas educativos familiares para que se reduzcan las tasas o índices de las quemaduras en niños escolares y menores de 15 años.

La ansiedad es muy frecuente. El paciente puede presentar incomodidad, tensión, sudoración, taquicardia, dilatación pupilar. Trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito, irritabilidad y una evidente disminución de la tolerancia al dolor. La apariencia del paciente es una de las mayores fuentes de ansiedad de los padres que transmiten su ansiedad. Los hospitales no son sitios en donde la rabia sea bien tolerada. El paciente que está legítimamente con rabia, está en una posición difícil, pues el personal hospitalario es vulnerable a las críticas mal infundadas. Por esta razón es importante que haya una persona calificada que no esté directamente involucrada con el manejo del paciente, como una trabajadora social, un psicólogo, que le permita expresar sus sentimientos sin tomarlo personalmente

La depresión es de esperarse en la mayoría de los pacientes quemados. Pueden presentar apatía, llanto, disminución del apetito, dificultades para el sueño y abandono. Ocasionalmente pueden presentar signos más severos de depresión, como retardo psicomotor, problemas para dormir o comer por lo cual se dan las medidas generales más soporte psicoterapéutico. Se le animará a recibir visitas, a realizar actividades placenteras lo más pronto posible y a desarrollar actividad física temprana. Conviene involucrarlo con otros pacientes, algunos mejoran a medida que mejora su estado, pero infortunadamente este comportamiento dificulta el progreso del tratamiento y en algunas ocasiones no hay mucho qué ofrecerle.

**CRONOGRAMA DE GANTT DE MI TRABAJO DE ANTEPROYECTO
TEMA: INCREMENTO DEL IMPACTO PSICOLOGICO EN NIÑOS CON
QUEMADURAS**

ACTIVIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Denuncia el tema								
Elaboracion del anteproyecto								
Ejecucion del anteproyecto								
Analisis de resultado								
Presentacion / resultados								

BIBLIOGRAFÍA

- Aladro Castañeda M, D. G. (13 de Febrero de 2012). *Seapaonline*. Obtenido de Seapaonline: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/invierno%202013/Revision_de_l_tratamiento_de_las_quemaduras.pdf
- Ana Peñalba Citores, R. M. (2010). *Tratamiento de las quemaduras en urgencias*. Marañón: .
- Ana Peñalba Citores, R. M. (14 de febrero de 2016). *Aeped*. Obtenido de Aeped: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/tratamiento_de_las_quemaduras_en_urgencias.pdf
- Bakker, V. L. (2012). Acute stress reactions in couples after a burn event to their young. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(10), 1127-1135.doi:10.1093/jpepsy/jss083.
- Barreto, F. L.-V., Farigola, I. P., & Vázquez, L. C. (2015). Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por. *Multimed. Revista Médica. Granma* , Multimed 2015; 19(1).
- Carmen Castillo, D. S. (2015). Nivel de autoconcepto en niños con secuelas de quemaduras: estudio comparativo. *Revista chilena de pediatría*, Rev. chil. pediatr. vol.86 no.4 Santiago ago. 2015.
- Dra. María Teresa Rosanovaa, D. N. (2015). Evaluación del valor de la proteína C reactiva y de la procalcitonina en la predicción de infección y mortalidad en los niños quemados. *Archivos argentinos de pediatría*, Arch. argent. pediatr. vol.113 no.1 Buenos Aires ene. 2015.
- Ela Maritza Olivares Louhau, Y. L. (2011). Calidad de la atención hospitalaria a niños con lesiones por quemaduras. *MEDISAN*, MEDISAN v.15 n.4 Santiago de Cuba abr. 2011.
- FERJ, D. (2010). QUEMADURAS EN EDAD PEDIÁTRICA:ENFRENTAMIENTO INICIAL. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 20(6) 849 - 859.
- Garita, E. B. (2014). EFECTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL DESARROLLO MOTOR. *UNIVERSIDAD NACIONAL*, 127 - 129.
- Gracia Delgado Pardo, I. M. (2010). Variables psicologicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. una revision. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 17-21.
- Harrison. (2006). *Quemaduras*. MacGraw Hill.
- INEC. (2014). *ESTADISTICA QUEMADURAS*. GUAYAQUIL: INEC.
- Lucía Quezada Berumen, M. G. (2015). Predictores de síntomas del TEPT en cuidadores de pacientes pediátricos. *SUMMA psicológica UST*, Vol. 12, Nº 2, 107-114.

- Migdalia Torres Márquez, C. L. (2010). Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. *MEDISAN*, MEDISAN v.14 n.3 Santiago de Cuba 22/mar-30/abr. 2010.
- MsC. Raúl Ricardo Rizo González, M. M. (2014). Factores relacionados con las quemaduras en niños y niñas remitidos desde el nivel primario de atención. *MEDISAN*, vol.18 no.7 Santiago de Cuba jun.-jul. 2014.
- Nelson tratado de Pediatría, 18va Edición. (2008). *Quemaduras*. elsevier saunders, edition.
- Rizo González, R. R. (2014). Factores relacionados con las quemaduras en niños y niñas remitidos desde el nivel primario de atención. *MEDISAN*, 18(7), 900-907. Recuperado en 10 de mayo de 2016.
- Rosa, D. E. (2015). Quemaduras en edad pediátrica. *Rev. Arch Med Camagüey Vol19(2)2015*.
- Rubio Romero Jorge Andrés, E. Á. (2011). obstetricia integral, capitulo 16, operacion Cesarea.
- Saavedra, F. S. (2014). Epidemiología de las quemaduras en niños y adolescentes de Región Metropolitana de Chile. *Revista chilena de pediatría*, Rev. chil. pediatr. vol.85 no.6 Santiago dic. 2014.
- Sánchez-López, J. E. (2011). Manejo del Niño Quemado. *Revista Científica Ciencia Médica*, Rev Cient Cienc Méd v.14 n.2 Cochabamba dic. 2011.
- SENPLADES. (2013). *PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2013 - 2017*. QUITO.
- www.seapaonline.org. (2012).
http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/invierno%202013/Revision_del_tratamiento_de_las_quemaduras.pdf. Obtenido de med.unne.edu.ar:
<http://med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/oncologia/clases/007.pdf>
- Xochiquetzaly Yeruti de Ávila Ramírez, M. T. (2013). La función de la mirada clínica en el tratamiento de niños con quemaduras. *Salud mental*, Salud Ment vol.36 no.1 México ene./feb. 2013.
- Yaritzza Rodríguez Vernal, M. S. (2010). Discapacidad infantil por accidente doméstico. *MEDISAN*, MEDISAN v.14 n.3 Santiago de Cuba 22/mar-30/abr. 2010.

ANEXOS
MATRIZ PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

**EFFECTOS DE LA PSICOTERAPIA EN LA EVOLUCIÓN DE SECUELAS
PSICOLÓGICAS DE NIÑOS QUEMADOS EN EL HOSPITAL FRANCISCO
ICAZA BUSTAMANTE 2014 – 2015**

1.- EL PACIENTE QUE EDAD TENIA CUANDO SUFRIO LA QUEMADURA?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – 10 AÑOS	11 – 15 AÑOS

2.- INDIQUE EL SEXO DEL PACIENTE QUEMADO

FEMENINO (MUJER) <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>
(HOMBRE)	

3.- INDIQUE LA CAUSA POR LA QUE EL PACIENTE SUFRIO LA QUEMADURA.

POR LIQUIDOS CALIENTES <input type="checkbox"/>	POR QUIMICOS <input type="checkbox"/>
(ACIDO) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POR FUEGO DIECTO	POR ELECTRICIDAD
OTROS: <input type="checkbox"/> _____	

**4.- RECUERDA EL GRADO DE QUEMADURA QUE PRESENTO?.
INDIQUELA**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1ER GRADO	2DO GRADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3ER GRADO	4TO GRADO

**5.- INDIQUE EL PORCENTAJE DE SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA
QUE PRESENTO?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENOS DEL 20%	20 – 40%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 – 70%	71 – 100%

6.- RECIBIO UD O ALGUN FAMILIAR APOYO PSICOLOGICO (TERAPIA FAMILIAR).

SI

NO

7.- CUAL DE LOS SIGUIENTES EFECTOS, UD CREE QUE SE PRODUJO EN SU FAMILIAR POSTERIOR A LA QUEMADURA?

DOLOR

DEPRESION

MIEDO

ANSIEDAD

RABIA – AGRESION

BAJA AUTOESTIMA

DIFICULTAD PARA CONCENTRACIÓN

8.- DE LOS SIGUIENTES EFECTOS, CUAL FUE EL MOTIVO POR EL CUAL SU FAMILIAR RECIBIÓ AYUDA PSICOLOGICA?

CONDUCTA INHIBIDA: TRISTEZA

AILSMAIENTO

MIEDO

BAJA AUTOESTIMA

CONDUCTA AGRESIVA: IRRITABILIDAD

GOLPEA OBJETOS

GOLPEA A OTROS NIÑOS

SE AUTO-GOLPEA

ANSIEDAD:

DESEO DE COMERSE LAS UÑAS

DESEO DE COMERSE EL PELO

SE ORINA EN LOS PANTALONES

DEFECA INVOLUNTARIAMENTE