



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA
“SAN VICENTE DE PAUL”**

TITULO:

**MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN
LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR.
ROBERTO GILBERT ELIZALDE DESDE MARZO A JUNIO DEL
2013.**

AUTORA:

SOTO RODRÍGUEZ MERCEDES JACQUELINE

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TITULO
LCDA. EN ENFERMERIA**

**TUTOR:
MG. ARREAGA REYES NANCY**

**GUAYAQUIL, ECUADOR
2013**



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA
“SAN VICENTE DE PAÚL”**

CERTIFICACION

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Sra. Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez**, como requerimiento parcial para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA

Mg. ARREAGA REYES NANCY

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Mg. Ángela Mendoza Vincés

Guayaquil, a los ____ días del mes de _____ del año 2013



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA
“San Vicente de Paúl”**

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **“MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**, previa a la obtención del Título de **Lcda. En Enfermería**, ha sido desarrollada 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, a los ____ días del mes de _____ del año 2013

LA AUTORA

Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA
“San Vicente de Paúl”**

AUTORIZACION

Yo, Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los _____ días del mes de _____ del año 2013

LA AUTORA:

Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez

DEDICATORIA

*Este trabajo de tesis de grado está dedicado a **DIOS**, por darme la vida a través de mis queridos y a la memoria de mis **PADRES** José Soto e Italia Rodríguez, quienes con mucho cariño, amor y ejemplo han hecho de mí una persona con valores para poder desenvolverme como: **ESPOSA, MADRE Y PROFESIONAL**.*

*A mi **ESPOSO** Isandro Zambrano, que ha estado a mi lado dándome cariño, confianza y apoyo incondicional para seguir adelante para cumplir otra etapa en mi vida.*

*A mis **HIJOS** Ezequiel y Joel, que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor y comprensión para poderlos superar, quiero también dejar a cada uno de ellos una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poderlo **LOGRAR**.*

Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez

AGRADECIMIENTO

Primero y ante que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada uno de mis pasos que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis Maestros quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente.

A mis Compañeros de clases quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

En general quisiera agradecer a toda y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis, que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde lo más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo pero sobre todo cariño y amistad.

Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Mg. Arreaga Reyes Nancy
TUTORA

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA
“San Vicente de Paúl”**

CALIFICACIÓN

**Mg. Arreaga Reyes Nancy
TUTORA**

INDICE GENERAL

	Pág.
Portada.....	i
Certificación.....	ii
Declaración de responsabilidad.....	iii
Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Tribunal de sustentación.....	vii
Calificación	viii
Índice General.....	ix
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
Índice de tabla y gráficos.....	xiv
Introducción.....	1
Razones que motivaron el estudio.....	2
Justificación.....	2
Contextualización en tiempo y espacio.....	4
Descripción del problema	8
Objetivos	11
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos	11
CAPITULO I	
1. Marco Teórico	12
1.1. Antecedentes De Estudio.....	12
1.2. Base Teórica.....	19

1.2.1. Alivio Del Dolor Y Apoyo Psicológico Al Niño Quemado.....	19
1.2.2. Definición Del Dolor	19
1.2.3. Fisiopatología De Las Quemaduras Y Su Relación.....	20
Con el Dolor	
1.2.4. Clasificación Del Dolor.....	22
1.3. Alteraciones Fisiológicas Y Conductuales Del Dolor	23
1.3.1. Vivencia del Dolor en el niño.....	24
1.4. Percepción Del Dolor Por El Niño	24
1.4.1. Tolerancia Al Dolor Del Niño	25
1.4.2. Reacción Ante El Dolor Del Niño.....	26
1.5. Tipos De Quemaduras.....	28
1.5.1. Quemadura del primer grado.....	28
1.5.2. Quemadura de segundo Grado.....	28
1.5.3. Quemadura de tercer Grado.....	29
1.5.4. Quemadura de cuarto Grado.....	29
1.6. Evaluación Inicial A Niños Quemados De Acuerdo Al	30
Grado De Superficie Corporal De Quemaduras.	
1.6.1. Diagnostico.....	30
1.6.2. Profundidad.....	30
1.6.3. Extensión.....	32
1.7. Marco Legal.....	33

CAPITULO II

2. Esquema Metodológico.....	36
2.1. Modalidad de la Investigación	36
2.2. Tipos De Estudio.....	36
2.2.1. Cuantitativa	36
2.3. Tipo De Diseño.....	36
2.4. Área De Estudio	37
2.5. Universo.	37
2.6. Muestra.....	37

2.7.	Técnicas De Recolección De Datos.....	38
2.8.	Hipótesis	39
2.9.	Variables	39
2.9.1.	Variables Independientes.....	39
2.9.2.	Variables Dependientes.....	39
2.9.2.1.	Operalización de las Variables.....	40

CAPITULO III

3.	Plan de Tabulación y Análisis de Datos.....	42
3.1.	Presentación de los Gráficos.....	42

CAPITULO IV

4.	Propuesta.....	58
4.1.	Tema de Propuesta.....	58

	Conclusiones.....	73
	Recomendaciones	74
	Bibliografía	75
	Referencias Bibliográficas	77
	Anexos.....	80

MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DESDE MARZO A JUNIO DEL 2013.

AUTORA: Mercedes Soto Rodríguez
TUTORA: Mg. Nancy Arreaga Reyes

RESUMEN

OBJETIVO. Evaluar el conocimiento del personal de enfermería frente al dolor de los niños atendidos en la unidad de quemados del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de Marzo a Junio del 2013.

METODOLOGÍA. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo simple, de corte transversal, aplicado a la población total del personal de enfermería (30) de la sala de Quemados de dicha Institución, de quienes se recogieron los datos a través de la técnica entrevista estructurada y una guía de observación.

RESULTADOS. Mostraron que el manejo de la Enfermera frente al dolor que experimentan los niños con quemaduras es desfavorable en su mayoría, prevaleciendo en aquellas enfermeras que se encuentran entre los 41 a 50 años de edad, que tienen entre 6 a 10 años de experiencia, y en aquellas que no recibieron capacitación desde hace 3 años.

CONCLUSIONES. El estudio permite promover el desarrollo de actitudes positivas en el personal de Enfermería ante el dolor del niño quemado, con la elaborar un tríptico de atención de enfermería estandarizado para atender el manejo del dolor en niños con quemaduras, apoyo por especialistas y práctica de hábitos saludables y de afronte a las experiencias de estrés y sufrimiento.

Palabras clave: Management, Enfermera, Dolor, Niños, Quemaduras.

PAIN MANAGEMENT MADE CHILDREN TREATED IN THE BURN UNIT OF PEDIATRIC HOSPITAL DR. ROBERT GILBERT ELIZALDE FROM MARCH TO JUNE 2013.

Author: Mercedes Soto Rodríguez

Tuthor: Mg. Nancy Arreaga Reyes

ABSTRACT

TARGET. Evaluate knowledge of nurses compared to the pain of children treated in the burn unit at Children's Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde "from March to June of 2013.

METHODOLOGY. Quantitative research, simple descriptive cross-sectional, applied to the total population of nurses (30) Burn the room that institution, from which the data were collected through structured interview technique and an observation guide.

RESULTS. They showed that the handling of the Nurse to the pain experienced by children with burns is unfavorable for the most prevalent in those nurses who are between 41-50 years old, who are between 6-10 years of experience, and those not trained for 3 years.

CONCLUSIONS. The study can promote the development of positive attitudes of nursing staff at the pain of burned children, to develop a triptych of standardized nursing care to address pain management in children with burns, specialists and support a healthy lifestyle and affront to the experiences of stress and suffering.

Keywords: Attitude, Nurse, Pain, Children, Burns.

INDICE DE TABLA Y GRAFICOS

	Pág.
TABLA Y GRÁFICO Nº 1 Conmoverse ante el dolor del niño (a) con quemaduras ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. de Marzo a Junio del 2013	42
TABLA Y GRAFICO Nº 2 No siempre es del todo fidedigna la referencia del dolor de los niños (a) con quemaduras. Ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013.	43
TABLA Y GRAFICO Nº 3 Piensa usted que se necesita de estrategias cognitivas para calmar el dolor en niños con quemaduras ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013.	44
TABLA Y GRAFICO Nº 4 Concibo al dolor en niño (a) como una experiencia subjetiva, individual, aprendida con manifestaciones claras en la conducta de los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013.	45
TABLA Y GRAFICO Nº 5 Pienso en mi hijo o en un sobrino cuando estoy atendiendo a un niño (a) con dolor por quemaduras ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013.	46
TABLA DE GRAFICOS Nº 6 Considero que el dolor característico en niño (a) quemados de IIº y IIIº es de tipo leve, agudo, continuo y bien localizado en los pacientes ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013.	47

TABLA DE GRAFICO Nº 7

El contacto frecuente con el dolor de los niños (a) quemados me hace verlo como algo rutinario en los pacientes ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 48

TABLA DE GRAFICO Nº 8

Pienso que el estado hipercatabolico, el aumento de catecolaminas y el retraso en la curación de heridas son causa del dolor de los pacientes ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 49

TABLA DE GRAFICOS Nº 9

La primera acción ante el dolor del niño (a) quemado es el tratamiento farmacológico ante que el tratamiento psicológico en los pacientes ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 50

TABLA DE GRAFICOS Nº 10

Considero que los niños (a) quemados IIº y IIIº grado sienten menos dolor debido a su sistema nervioso inmaduro en los pacientes ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 51

TABLA DE GRAFICOS Nº 11

Pienso que la percepción del dolor en niño (a) está influenciada por factores ambientales, psicológicos, cultural y conductual de sus padres de los pacientes ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 52

TABLA DE GRAFICOS Nº 12

Me es complicado y tedioso entablar una relación empática con un niño (a) con dolor por quemaduras ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 53

TABLA DE GRAFICOS Nº 13

Considero que las escalas para la evaluación del dolor son difíciles de aplicar, insuficientes y tediosas en niños (a) con quemaduras ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 54

TABLA DE GRAFICOS Nº 14

Pienso que un protocolo de atención al niño (a) quemado con dolor “mecanizaría” mi trabajo en los pacientes ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 55

TABLA DE GRAFICOS Nº 15

Considero que los niños (a) reaccionan con intensa perturbación emocional y conductual ante el dolor por quemaduras en los pacientes ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 56

TABLA DE GRAFICOS Nº 16

Mejor es administrar diclofenaco (o ketorolaco) antes que un tramadol (o morfina) a un niño (a) con dolor por quemaduras ingresados en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. De Marzo a Junio del 2013. 57

INTRODUCCION

Imogene King en el año 1989, establece que la Enfermería es una profesión de tipo asistencial que ayuda a los individuos y a la sociedad a conseguir, conservar y recuperar la salud. La enfermera debe percibir, pensar, relacionar y actuar según el comportamiento de los individuos que requieren cuidados de Enfermería.

Los cuidados de enfermería son la realidad ambiental, espacial y temporal inmediata en donde la enfermera y el paciente entablan una relación para afrontar los cambios de salud y ajustarse a los cambios de actividad de la vida diaria si así lo requiere. La función de Enfermería está en el proceso de interacción empática que solo conseguirá a través de los valores fundamentales del respeto y solidaridad.

El presente estudio se justifica porque permite conocer el manejo del dolor en niños con quemaduras atendidos en la unidad de quemados del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde. Servirá para valorar el dolor y planificar intervenciones de Enfermería que permita un adecuado manejo del dolor, a fin de favorecer el alivio y control del dolor y una pronta recuperación en el niño.

El dolor producido por las quemaduras es considerado como uno de los más intensos debido a la sobreexcitación de nociceptores y el daño tisular característico. Esto puede conllevar a estados de hiperalgesia que, de no ser tratados a tiempo y correctamente, provocaría diversas consecuencias en el paciente pediátrico.

El 50% de las quemaduras ocurre entre los 2 a 5 años de edad, etapa en la que reaccionan con intensa perturbación emocional, física y social a toda experiencia y/o amenaza dolorosa. El temor, ansiedad,

Separación de los padres y el núcleo familiar, el estrés propio de la quemadura, procedimientos y/o curaciones, son factores que aumentan la percepción del dolor en el niño preescolar.

RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO

Favorecer el bienestar y disminuir el dolor y sufrimiento en el paciente pediátrico a través de la aplicación de diversas técnicas de tratamiento, es el reflejo de la actitud favorable que debe de expresar toda enfermera. El alivio y control del dolor en el niño con quemaduras es el principal reto del personal de Enfermería ya que se evita complicaciones que retrasen el proceso de recuperación del niño, estas son las principales razones que me motivaron.

JUSTIFICACION

Para este trabajo investigativo se tiene la información específica sobre la unidad de quemados del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde. Objeto de este estudio, también se recopiló información documental y material de aspecto a investigarse; para lo cual, se cuenta con los recursos materiales, la experiencia y el apoyo de las instituciones y el tiempo necesario para realizar la investigación sobre el manejo del dolor en niños quemados que reciben atención en la unidad de quemados, y que además, será de beneficio para la institución hospitalaria.

Como beneficiarios directos se consideran a los niños con quemaduras que reciben atención en la unidad de quemados se logrará prestar atención en las grandes lesiones, con el fin de evitar posibles complicaciones que retrasen el proceso de recuperación del niño, aplicando los cuidados de enfermería directos y oportunos.

Este estudio evidencia que la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños en el área de Quemados del hospital Roberto Gilbert Elizalde, es en un 53% favorable mientras que un 10% está en desacuerdo lo cual podría influir negativamente en el tratamiento integral del niño quemado con dolor, por lo tanto, en su proceso de recuperación con calidad y calidez en la atención de enfermería. La actitud de la enfermera según el contacto frecuente hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras lo hace ver rutinario, en un 53% está de acuerdo, y 17% de enfermeras está en desacuerdo con la pregunta cuestionada. Y la actitud de la enfermera frente a un protocolo de atención a niños (a) quemados con dolor Mecanizaría su trabajo el 47% está de acuerdo, mientras que un 40% está totalmente de acuerdo y solo un 7% está en desacuerdo.

Esta investigación me beneficiará tanto en lo científico como en lo personal, mejor desenvolvimiento en el campo de enfermería profesional, me alienta a desarrollarlo y culminarlo con éxito; empleando los conocimientos científicos y las diferentes técnicas de enseñanzas adquiridas; desarrollar y reforzar habilidades, destrezas, capacidades cognitivas y actitudinales para brindar atención integral al niño quemado y familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil está ubicado en la Av. Nicasio Zafadí y Av. Democracia y es considerado uno de los mejores hospitales de atención de tercer nivel en el país y uno de los más importantes de América latina; presta atención a niños y niñas de todas partes del Ecuador. Cuenta con unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos y una unidad de quemados donde atiende las urgencias.

La unidad de quemado es un área estéril donde solo tienen acceso el personal que laboran en los diferentes turnos, cuenta con 20 camas e incluidas cunas, está conformado por 2 cubículos, un aislado para los grandes quemados espacio para un niño y el cubículo colectivo donde se colocan a tres niños de menor gravedad, además cuenta con quirófano propio y sala para hidroterapia donde se realizan las curaciones.

Se atienden alrededor de 240 niños por año en la unidad de quemados que vienen de diferentes lugares de la provincia del Guayas. Donde fluctúan pacientes menores de 2 años hasta 11 años de edad. La mayor parte de los niños son ingresados por presentar lesiones que comprometen regiones funcionales importantes como: cara, manos, pies y genitales, lesiones producidas por agentes físicos como: líquidos calientes, electricidad, fuego, objetos calientes, exposición prolongada a los rayos solares; agentes químicos: ácidos y sustancias cáusticas; agentes biológicos: heladas.

En estas áreas trabajan tanto médicos como licenciadas en enfermería y auxiliares en enfermería, donde cuentan con una población total de 30, esta unidad dispone del equipo humano y del material para la atención de los pacientes como las bombas de infusión y los dispositivos y material de curación de los que se pueda disponer para los pacientes con quemaduras.

Las licenciadas en enfermería dentro de sus funciones a más del cuidado directo al paciente, realizan procedimientos invasivos como: canalización de vías periféricas, colocación de sonda naso gástrica, cateterismos vesicales, toma de muestras sanguíneas, curaciones, administración de medicamentos y transfusiones sanguíneas.

Las auxiliares en enfermería se encargan de la atención y cuidado directo del paciente (baño, aseo corporal, controlar las constantes vitales, frecuencia cardiaca y respiratoria cada 2 horas monitorización continua para saturación de oxígeno, cambios posturales si es necesario, también realiza registro diario de material del área. Una vez conocida las funciones de cada una de ellas se pudo observar que el cuidado directo que reciben los pacientes con quemaduras son los adecuados, pero no alivian el dolor del niño.

Los profesionales de enfermería administran la medicación de acuerdo a las prescripciones médicas, considerando el protocolo de procedimiento. El equipo de salud frente al dolor del niño quemado administra tratamiento farmacológico, este depende de la edad, del tipo de quemaduras y de los procedimientos a realizar. En niños menores de 2 años, despierto y colaborador el manejo es vía oral, se administra, Paracetamol tabletas 500mg o suspensión 120mg/5ml. En niños gran quemados cuando no se puede canalizar una vía periférica se le administra supositorio de Napafen 125mg o 300mg vía rectal, hasta programar una vía central.

Al realizar procedimientos dolorosos como curaciones y cambios de vendaje. Consiste en administrar, por vía oral, 0.2 cc/Kg de peso de la mezcla Compuesto por: Metamizol+1 ampolla=5ml=2g+Tramadol+ 1 Ampolla=2ml.=100mg + Midazolam 1 ampolla=3 ml=15mg + ketamina 1ml=50 mg + Glucosa GR50 1ml=500mg, una hora antes del procedimiento. Se valoran los efectos secundarios, como consecuencia de sedación-analgésia.

Manejo del dolor en niños con superficie corporal quemada > 10%, tras haber sido sometidos a procedimientos quirúrgicos. Los fármacos empleados son:

Una combinación de AINE y opiáceo por vía intravenosa. Metamizol 1cc/Kg + fentanilo 1cc/Kg, diluido en suero salino fisiológico 0.9% hasta completar un volumen total de 100 ml. Los parámetros a programar en la bomba son:

- Perfusión continua: 1 cc/h
- Dosis bolo: 0.5 cc de la mezcla
- Intervalo de bloqueo: 10 minutos
- Dosis máxima en 4 horas: 10cc

Datos que se registran en la historia clínica del paciente, cada 8 hora, fecha de la valoración, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, escala de sedación, dolor en reposo, dolor en movimiento, presencia de náuseas, retención urinaria, prurito, medicación Coadyudante, ritmo de infusión y número de bolos administrados.

El alivio del dolor y sufrimiento está considerado como uno de los principales derechos del paciente, y una de las responsabilidades fundamentales del ejercicio profesional de Enfermería, precepto consagrado en el Código de Ética del Comité Internacional de Enfermería donde resalta que “la existencia como profesional de Enfermería es contribuir con un eficaz tratamiento y atención al dolor, no solo aplicando su área cognoscitiva, sino también en el área actitudinal, y ello se debe reflejar en sus cuidados diarios”.

Es así que la enfermera tendrá el deber de incluir dentro de su programa de trabajo, técnicas cognoscitivas, actitudinales y de comportamiento para calmar el dolor y sufrimiento humano, evitando caer en la cotidianidad con el dolor ya que este sólo limitaría su accionar.

La atención de Enfermería al paciente pediátrico específicamente, implica un papel protagónico en la atención del niño que ha sufrido una lesión por quemaduras y que consecuentemente experimentará dolor como una de las manifestaciones más apremiantes de alivio y control, así como la prevención de complicaciones consecuentes.

Es por ello que se decide investigar sobre el manejo del dolor en niños con quemaduras, ya que existe poca información sobre la calidad de atención al dolor debido a conceptos erróneos, falta de tiempo, falta de motivación, dificultad para medir el dolor y desconocimiento sobre el alivio de dolor, entre otros, produciendo sufrimiento innecesario al niño con el consiguiente retraso de su recuperación.

Por lo expuesto anteriormente, Se formula la pregunta de investigación:

¿Cómo es el manejo de enfermería en el dolor de los niños atendidos en la unidad de quemados del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, desde marzo hasta junio del 2013?

CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO

El Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde. Es una unidad hospitalaria sin fines de lucro, componente de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, centrada en la atención integral de la población pediátrica del Ecuador, con participación de un equipo humano multidisciplinario, altamente calificado con gran capacidad resolutoria, y con espíritu humanitario de solidaridad e integridad.

Nuestro personal profesional se especializa en la atención de los más pequeños, y está conformado por 1,278 trabajadores en total divididos en varias especialidades médicas pediátricas, todos comprometidos en la recuperación y cuidado de la salud infantil.

Nuestra magna estructura, además de romper los esquemas de los centros hospitalarios para niños en el Ecuador, permite la atención de decenas de miles de niños de escasos recursos del Ecuador, quienes reciben una atención digna, en un ambiente que ayuda no solo a su rehabilitación física, sino también psicológica.

El hospital tiene una capacidad de 385 camas para la atención de los niños. Nuestro hospital también es una institución docente. Hemos puesto en marcha un programa permanente de posgrado en Pediatría. Grupos de médicos de varias nacionalidades, especialistas en campos pediátricos vienen anualmente a brindar ciclos de capacitación médica y de enfermería para examinar y atender niños.

La Clínica de Niños Antonio Pino Icaza es parte del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, y ofrece atención médica especializada y servicio de primera para personas que deseen un servicio más personalizado para sus hijos. Funciona con 23 habitaciones privadas y 18 semiprivadas, y el dinero que

genere se destina a cubrir con los gastos del área general del hospital, lo que ayuda a que muchos pequeños de escasos recursos reciban atención médica a bajos costos.

Misión

Somos una organización de salud sin fines de lucro que brinda atención pediátrica integral, con continua capacitación, formación y actualización del personal, para cumplir con una gestión autosustentable, junto con los requisitos de seguridad del paciente y colaborador.

Visión

Ser líderes en el modelo de gestión de la atención integral pediátrica a nivel latinoamericano, manteniendo la seguridad de los involucrados y su compromiso ético.

Valores

- Solidaridad
- Integridad
- Confianza
- Innovación
- Sostenibilidad
- Liderazgo

Política de Calidad

Somos un centro hospitalario pediátrico, con el objetivo de brindar atención a niños y niñas en sus diferentes etapas de vida, con trastornos de diversos grados de intensidad en su estado de salud.

Nuestra gestión busca proporcionar, a través del mejoramiento continuo, una instalación segura y funcional, un ambiente controlado para los pacientes, familias, personal y visitas, en base a las normas legales.



HOSPITAL PEDIATRICO "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"



**UNIDAD DE QUEMADO DEL HOPITAL PEDIATRICO
"DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✚ Evaluar el conocimiento del personal de enfermería frente al dolor de los niños atendidos en la unidad de quemados del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de Marzo a Junio del 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en el manejo del dolor en niños con quemaduras.
- Conocer la percepción del personal de enfermería en la atención a los niños con quemaduras.
- Elaborar y socializar un tríptico del cuidado de enfermería estandarizado para atender el manejo del dolor en niños con quemaduras en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

CAPITULO I

1.- MARCO TEÓRICO

4.2. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Los antecedentes de estudio relacionados al problema de investigación a NIVEL INTERNACIONAL e importantes de mencionarse son:

MONTES A., ARBONÉS E., PLANAS J., MUÑOZ E. y CASA MITJANA M.¹ en el mes de Enero del año 2008, publican el trabajo de investigación titulado **“LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL DOLOR: ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LA INFORMACIÓN, LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO”**, cuyo objetivo general es conocer la opinión y actitud de los profesionales hospitalarios en cuanto a información al paciente, evaluación del dolor y métodos de tratamiento utilizados. Se trata de un estudio de diseño transversal, donde se eligieron a 264 profesionales hospitalarios (entre médicos y enfermeras) de los principales centros asistenciales de España a partir de un muestreo aleatorio estratificado según categoría laboral (superior o técnico) y distribuyéndose por áreas de trabajo (área médica y quirúrgica). En cuanto a los resultados, destaca que:

“Sólo 81.3% de los profesionales sanitarios encuestados, declaran que preguntan directamente al paciente si presentan dolor, mientras que un 35.5% utiliza la Escala Visual Análoga para evaluación del dolor. Los resultados muestran que aunque se pregunta sobre la presencia de dolor, no se utilizan habitualmente métodos de registro y evaluación de paliación del dolor, a excepción del área quirúrgica en la que se utiliza con mayor frecuencia.”

¹Montes A., Arbonés E., Planas J., Muñoz E. YCasamitjana M. 2008

Los resultados generales refieren que sólo un 29.6% de los profesionales declararon transmitir información escrita del dolor, y verbal un 71.6%. Un 87.1% de los profesionales conocen su responsabilidad, pero únicamente un 52.2% ha recibido formación en el manejo del dolor.

FERNANDEZ – GALINSKI D. L.²y colaboradores, presentan el trabajo de investigación titulado “**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PACIENTES Y PERSONAL SANITARIO FRENTE AL DOLOR POSTOPERATORIO**”, en el año 2006, donde el objetivo general fue conocer el nivel de conocimientos y las actitudes de los pacientes y personal sanitario en relación al dolor postoperatorio. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Sabadell, Barcelona, en donde la muestra fue de 240 pacientes mayores de 18 años, con intervención quirúrgica programada. Además, se entregaron cuestionarios al personal de Enfermería sobre el conocimiento de diferentes técnicas analgésicas y actitudes respecto al manejo de opiáceos; así como al personal médico sobre las complicaciones y tratamiento de dolor postoperatorio. En cuanto a los resultados en el ámbito de enfermería, destaca que:

“El 18% del personal desconocía el manejo de opiáceos por las principales vías de administración directa, así como el 23% desconocía el tratamiento del dolor con anestésicos locales por vía peridural. Para el 46% de la enfermería encuestada, el temor a los efectos indeseables de los mórnicos, condicionaba su administración. El 100%de los profesionales, prefería seguir protocolos diseñados para el tratamiento del dolor postoperatorio.”

El personal de Enfermería encuestado reflejó que la mayoría conocía las escalas de valoración del dolor, sin embargo esas no se utilizaban en la

²Fernandez – Galinski D. L. 2006

práctica clínica. Se observó un déficit de conocimientos básicos relacionados con el tratamiento del dolor postoperatorio, así como el manejo de opiáceos por vía parenteral.

En dicho centro hospitalario, ha sido la ausencia de supervisión, formación y actualización de la enfermería en hospitalización en el ámbito de la analgesia en el postoperatorio, lo que ha impedido extender este tipo de tratamiento a las otras plantas de hospitalización quirúrgica. La falta de administración de medicación prescrita, el miedo a los efectos adversos de los mórnicos, el uso de opiáceos y su temor a la adicción en los pacientes, son actitudes que deben de cambiar y evitar que perduren en el ejercicio profesional, ello se conseguirá a través de la formación continuada, es la conclusión del investigador autor del trabajo.

COLLAO, Carmen³ en el año 2002 realiza el trabajo de investigación titulado **“ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL NIÑO CON DOLOR. CHILE- NOVIEMBRE 2001-ENERO 2002”**; donde el objetivo estaba destinado a determinar la actitud de la enfermera frente al dolor y caracterizar algunos factores que influyen en dicha actitud. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño de tipo correlación al transversal durante los meses de noviembre del año 2001 a enero del año 2002. La muestra poblacional total fue de 43 entre enfermeras y personal técnico de enfermería, del Hospital Regional de Antofagasta. Los resultados arrojaron que:

“El 72% de las enfermeras muestran actitudes favorable hacia el dolor, mientras que el 27% de ellas muestran una actitud favorable frente al dolor. Dentro de los factores que influyen en dicha actitud está la edad, el tiempo de ejercicio profesional, estado civil de las enfermeras, la presencia de hijos,

³Collao, Carmen 2002 Actitud Del Personal De Enfermería Hacia El Niño con Dolor. Chile- Noviembre 2001-Enero 2002

antecedentes de familiares hospitalizados que hayan experimentado dolor, la capacitación continua.”

En lo que respecta a la edad, se especifica que la mayoría de los encuestados tienen entre 36 a 55 años de edad; el tiempo de ejercicio profesional de más del 50% de las enfermeras es de 10 años de servicio.

El 64% de las enfermeras y personal técnico presentan pareja ya sea convivientes o casados; el 72% tiene hijos; casi el 60% de las enfermeras y personal técnico tienen antecedentes familiares de pacientes hospitalizados con dolor; y el 58% de la muestra de enfermeras no se ha capacitado continuamente (3 veces cada 6 meses como mínimo, para condiciones de este estudio).

TOVAR, Ana María⁴en el año 2005 (Octubre-Diciembre) publica en la Revista “Colombia Médica”, Volumen 36 - N ° 4, suplemento numero 3; un artículo sobre el “**DOLOR EN NIÑOS**”, donde asevera que la percepción del dolor en los niños se desarrolla desde el segundo trimestre del embarazo, sin embargo la transmisión y modulación del dolor en el niño es diferente al del adulto. Dentro de la neurofisiología del desarrollo del dolor, concluye que:

“Los mecanismos básicos de percepción del dolor en lactantes y niños preescolares, son similares a los de los adultos e incluyen la transducción, transmisión, percepción y modulación del dolor. Sin embargo, debido a la inmadurez neurofisiológica y cognoscitiva propia del infante, hay algunas diferencias claves con las del adulto, tales como la inmadurez de las fibras conductoras del dolor y la carencia de neurotransmisores inhibitorios del dolor.”

Agrega que el aprendizaje acerca del dolor ocurre con la primera experiencia dolorosa a la cual se expone el niño; pero la percepción del dolor del niño se

⁴Tovar, Ana María, 2005 Dolor En Niños

verá influida por los factores biológicos, cognoscitivos, psicológicos y socioculturales. Es por ello que la evaluación del dolor en los niños se hace necesaria, sea a través de diversas técnicas, tales como de auto-informe, de observación en el comportamiento y de medidas fisiológicas.

En cuanto a los principios para el manejo del dolor, la investigadora refiere que: “El dolor puede aliviarse en 90% de los pacientes pediátricos, pero no se cumple del todo en 80% de ellos, por la constante discrepancia entre la cantidad de analgesia que se indica y se administra, lo cual resulta injusto ya que los niños padecen los mismos diagnósticos procedimientos de cuidados para tales lesiones iniciales, causantes del dolor. De hecho, el 50% de niños refieren que los episodios dolorosos se relacionan más con los procedimientos y terapias de tratamiento. ”

Finalmente hace una extensa revisión sobre los diversos mitos que se crean alrededor del uso de analgésicos opioides, como la codeína, el tramadol, la morfina, y oxidocona. Ante los comentarios de presentarse los posibles efectos adversos por la utilización de estos, la investigadora refiere que:

“El riesgo de depresión respiratoria inducida por estos medicamentos en adultos es de cerca de 0.09%, mientras que en los niños varía desde 0 hasta 1.3%, lo cual se corrige con la reducción de la dosis. No hay datos que apoyen la creencia de que los niños son más susceptibles la depresión respiratoria que los adultos. Por tanto, con un monitoreo adecuado y la adherencia a las guías apropiadas de dosificación, la depresión respiratoria debe ser un raro evento en los niños. Los estudios en niños en periodo post operatorio a los que se les ha administrado opioides para el manejo del dolor, no se han encontrado riesgos a la adicción, no presentan características fisiológicas o psicológicas que los hagan más vulnerables a la adicción.”

Mientras que los antecedentes de estudio relacionados con el problema de investigaciones, halladas a NIVEL NACIONAL pertenecen a: **LUDEÑA PALACIOS, Lorena**⁵ en el año 2007 presentó el trabajo de investigación titulado **“ESTILOS DE COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES DE NIÑOS QUEMADOS DEL INSN-2006”**.

Con el objetivo general de determinar los estilos de comunicación que establece la enfermera según opinión de los padres de familia del niño quemado, e identificar la opinión que tienen los padres de familia del niño quemado sobre el estilo de comunicación de la enfermera en la dimensión verbal y no verbal. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal.

La población estuvo conformada por 41 padres de familia de niños quemados del servicio. Los resultados más significativos fueron:

“El 83% de los padres de familia tienen una opinión de medianamente favorable a desfavorable sobre el estilo de comunicación de la enfermera. En la dimensión verbal, los padres manifiestan una opinión de medianamente favorable a favorable evidenciándose como “que las enfermeras les hablan de forma amable y cordial”; mientras que en la dimensión no verbal existe una tendencia de medianamente favorable a desfavorable, toda vez que los padres manifiestan que “algunas enfermeras los ignoran cuando preguntan por su niño”.

⁵LUDEÑA PALACIOS, LORENA 2007

MELGAREJO SOLIS, GIANINA LISSETTE⁶ en el año 2006 realiza el trabajo de investigación titulado **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SU RELACION CON LAS ACTITUDES DE LOS PADRES DE FAMILIA RESPECTO A SU PARTICIPACION EN LA ATENCION DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DEL NIÑO ENERO-FEBRERO 2006”**, con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado por quemaduras. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño de tipo correlacion al transversal; la población estuvo conformada por 20 padres de familia, la técnica fue la entrevista y los instrumentos utilizados: un cuestionario y la escala Lickert. Las principales conclusiones a las que llegó fueron:

“...que el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados es medio con tendencia alta ya que 09 (45%) tienen un nivel de conocimientos medio y 07 (35%) tienen un nivel de conocimientos alto, siendo los aspectos más comunes el cuidado de la herida, estado nutricional e hídrico del niño, tratamiento del dolor y el soporte familiar. En cuanto a las actitudes de los padres respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en dicho Servicio, la mayoría de padres 07 (35%) tienen una actitud de indiferencia y 05 (25%) tienen una actitud de rechazo hallándose como aspectos más comunes el cuidado de la herida, estado nutricional e hídrico del niño, tratamiento del dolor y el soporte familiar, lo cual es sumamente preocupante ya que el niño requiere del apoyo de su familia y la falta de este traería consigo problemas emocionales sobre agregados en el niño”.

⁶Melgarejo Solis, Gianina Lissette 2006 Nivel De Conocimientos Y Su relación Con Las Actitudes De Los Padres De Familiar aspecto A Su Participación En La Atención Del Niño hospitalizado En El Servicio De Quemados Del Institutoespecializado De Salud Del Niño Enero-Febrero 2006

Así, la relación entre conocimientos y actitudes que tienen los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño quemado no es significativa según el análisis y validación de las pruebas estadísticas.

1.2 BASE TEORICA

1.2.1 ALIVIO DEL DOLOR Y APOYO PSICOLOGICO AL NIÑO QUEMADO

1.2.2 DEFINICION DEL DOLOR

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor en niños como una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, cuya presencia es revelada por manifestaciones visibles y/o audibles de la conducta. Es una experiencia muy individual, enteramente subjetiva y considerada como una experiencia aprendida. En los preescolares que han sufrido quemaduras existe una mayor percepción del dolor debido a la sobre excitación de los nociceptores y por ser un efecto traumático propiamente dicho.

El 40% de las quemaduras corresponde a los menores de 15 años, siendo en su mayoría los más afectados los niños en edad preescolar por accidentes caseros, prevaleciendo como agente causal los líquidos calientes (sopas, agua hirviendo, etc.). Así, según la etiopatogenia de la quemadura, el mayor porcentaje de los preescolares sufren quemaduras de IIº y IIIº con el consecuente dolor clasificado desde leve a moderado. En el caso de las quemaduras de IIº grado (superficial y profunda) la formación de ampollas aumenta la sensibilidad de la piel, y una mayor percepción del dolor en el niño.⁷

⁷Wolkan, Mv. Aspectos Médicos y Sociales de la Prevención y Tratamiento de los Accidentes. 5ª. ed. Washington: Mosby, 2003. pp. 316-320.

1.2.3 FISIOPATOLOGIA DE LAS QUEMADURAS Y SU RELACION CONEL DOLOR

Luego de una quemadura o injuria térmica, la barrera dérmica ha sido lesionada, por tanto, hay una pérdida total o parcial de la barrera cutánea con la consecuente formación de eritemas, ampollas exudativas o el estado tisular carbonizado con escaras, luego se producirán trastornos hemodinámicos que pueden llevar a un estado de hipovolemia por la extravasación del plasma hacia los tejidos circundantes, apareciendo el edema (quemaduras de IIº grado). Se produce también una respuesta sistémica por la aparición de mediadores inflamatorios, que provocan alteraciones inmunológicas, un estado hipermetabólico y destrucción de Proteínas, que pueden conducir al fallo multiorgánico.

Los niños en edad preescolar con quemaduras de IIº y IIIº, tienen una mayor labilidad en comparación al adulto ya que presentan una mayor superficie corporal con relación a su peso, por lo que las pérdidas de líquidos y calor son más importantes; además que su sistema nervioso, incluido la captación, transmisión y modulación del dolor es aun inmaduro ocasionando una mayor sensibilidad al dolor, corriendo así un mayor riesgo de shock neurogénico.⁸

El dolor secundario a las agresiones tisulares por quemaduras producen cambios bioquímicos locales con liberación de sustancias mediadoras que inducen dolor local y una respuesta autónoma a nivel de fibras simpáticas eferentes que, a través de los nociceptores, llevan la sensación hasta el asta posterior de la médula espinal provocando una respuesta neural a nivel segmentario o espinal (incremento del tonosimpático con vasoconstricción, aumento de la frecuencia y gasto cardiaco incremento del consumo miocárdico de oxígeno) y supra espinal (hipersecreción de catecolaminas y

⁸RAMÍREZ, C. Manejo de Quemados. 2ª. ed. Bogotá: Ordóñez, 2004. pp. 25-27.

péptidos neurotransmisores). Además del dolor producido, se agrega el temor, ansiedad y desesperación a nivel cortical, las cuales pueden provocar una liberación de mediadores similar a la que produce la vía refleja supra segmentaria. Esta respuesta neural provocará una respuesta endocrina predominantemente catabólica que incide en la morbi - mortalidad de la agresión térmica.

El daño a los tejidos quemados se da de igual forma a nivel celular, desencadenándose una serie de sucesos que producen la activación de nociceptores aferentes con liberación de potasio, síntesis de bradiquinina del plasma, y síntesis de prostaglandinas en la región del tejido dañado, que a su vez aumentan la sensibilidad del terminal a la bradiquinina y otras sustancias productoras del dolor.

Luego, se activarán nociceptores aferentes primarios que se propagan no sólo a la médula espinal, sino también a otras ramas terminales donde estimulan la liberación de péptidos, predominando la sustancia P, la cual que está asociada con el aumento en la permeabilidad vascular y la liberación marcada de bradiquinina, así como también el aumento en la producción de histamina desde los mastocitos y de la serotonina desde las plaquetas.

Tanto la histamina como de serotonina son capaces de activar poderosos nociceptores.

La liberación de histamina combinada con liberación de sustancia aumenta la permeabilidad vascular. El aumento local de histamina y serotonina, por la vía de activación de nociceptores ocasiona un incremento de la sustancia P que auto perpetúa el estímulo doloroso. Los niveles de histamina y serotonina aumentan en el espacio extracelular, sensibilizando secundariamente a otros nociceptores y es lo que produce la hiperalgesia (concebido solo hasta quemaduras de III^o grado, ya que en quemaduras de V^o solo existe dolor a presión profunda, por la pérdida de los nociceptores periféricos).

1.2.4 CLASIFICACION DEL DOLOR

El dolor característico en el paciente quemado, según la fisiología del dolor, es el nociceptivo ya que es producido por una estimulación de los nociceptores, es decir los receptores del dolor (que se encuentran a nivel periférico del organismo como la piel), provocando que el "mensaje doloroso" sea transmitido a través de las vías ascendentes hacia los centros supra espinales y sea percibido como una sensación dolorosa.

Según el tiempo de evolución o duración del dolor, puede clasificarse como un dolor agudo ya que dura relativamente poco tiempo, es decir, cuando se manipula la zona dolorosa o esta se encuentra expuesta o abierta (como sucede en el caso de las quemaduras). El comienzo es súbito por la injuria térmica referida, y las áreas dolorosas suelen ser bien identificadas. El dolor agudo se caracteriza por un aumento de la tensión muscular y ansiedad, y ambas cosas pueden aumentar la percepción del dolor del niño.

Según la localización del dolor, en el paciente con quemaduras es un dolor de tipo somático ya que está producido por la activación de los nociceptores de la piel (somático superficial), hueso y partes blandas (somático profundo). El dolor somático referido en quemaduras de IIº y IIIº por lo general, tiende a ser de tipo profundo, es decir, con características de un dolor agudo, sordo, continuo y bien localizado, con contracciones musculares reflejas ante estímulos provocados de corte, presión, calor y desplazamiento.

Según la intensidad puede clasificarse el dolor desde grado leve, moderado y grave, pudiéndose presentar en los preescolares con dolor durante toda su estancia hospitalaria.⁹

⁹Berrocal, M. Análisis Estadístico de Pacientes Asistidos a la Consulta de Urgencia del Hospital Universitario de Cartagena. Cartagena - Colombia: Iberoamericana, 1998. pp. 45-47.

1.3 ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y CONDUCTUALES DEL DOLOR

Ningún signo físico o de conducta es un indicador absoluto de dolor, y por tanto, dentro del contexto clínico deben ser tomadas en consideración las diferentes respuestas que la presencia de dolor provoca en el paciente pediátrico.

CONDUCTUALES: Aparecen conductas asociadas que variarán en función de la edad del niño. En la etapa preescolar, la conducta que se presente estará relacionada con el pensamiento pre – operacional que posee el niño; así, interpretará al dolor como una experiencia física concreta, manifestándola a través del llanto fuerte, los gritos, agitación de las extremidades, intención de apartar el estímulo causante de dolor, las expresiones verbales de lamento e irritabilidad.

FISIOLÓGICAS: Ante los impulsos transmitidos sobre la vía ascendente, específicamente en el haz espino reticular, activan en parte el sistema nervioso autónomo, especialmente en el caso de las quemaduras donde el dolor es grave y de comienzo súbito e inesperado. Esta respuesta incluyen cambios cardiovasculares (aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial), respiratorios (aumento del ritmo, frecuencia respiratoria y disminución de la saturación de oxígeno) y neurovegetativos (aumento de sudoración palmar, dilatación pupilar).

NEUROENDOCRINAS: Se produce una situación catabólica exagerada (hiperglucemia, acidosis láctica), y un aumento de las principales hormonas de estrés (catecolaminas, cortisol, glucagón). El estado catabólico inducido por el dolor agudo (además del hipercatabolismo producido por las quemaduras) puede ser más dañino para los lactantes y preescolares, que tienen tasas metabólicas más altas y menos reservas nutricionales que los adultos. El dolor conlleva a anorexia, lo que causa una pobre ingesta

nutricional y un retardo en la curación de las heridas, alteración en la movilidad, disturbios del sueño, retraimiento, irritabilidad y regresión en el desarrollo.

1.3.1 VIVENCIA DEL DOLOR EN EL NIÑO

La vivencia del dolor depende del significado de dolor que posea el preescolar, de su percepción del dolor, de la tolerancia al dolor y su reacción ante ella.¹⁰

Los preescolares generalmente ven el dolor como una experiencia negativa, el cual incluye lesión o daño sea por enfermedad o accidente; en ambos casos ellos lo asumen como un “castigo” ante alguna travesura o acción negativa de ellos, pero a su vez, tiende a culpabilizar, dirigir la responsabilidad del dolor hacia otra persona.

1.4 PERCEPCION DEL DOLOR POR EL NIÑO

El dolor no es exclusivamente un fenómeno biológico ya que existen aspectos psicológicos y de entorno que pueden modular la sensación no conceptual y por ello un mismo estímulo provoca reacciones dolorosas diferentes.

Los pre-escolares son capaces de describir algunos aspectos de la localización, intensidad y calidad del dolor. Cuando es factible, este es mejor evaluado preguntando a los niños directamente acerca de estas características de su dolor, donde ellos nos referirán el área dolorosa y algunas otras zonas adyacentes. Es importante darles la importancia respectiva a dichas manifestaciones, otorgándoles la credibilidad respectiva a los pacientes preescolares, ya que en el XXXIV Congreso de la Sociedad Española de Cardiología en el año 1998, Jesús Gómez Palomar concluye

¹⁰MEIERS, S. Farm Accidents in Children. *Pediatric Surgery*. England. 36(5): 726-9. 2001

que la otra definición del dolor es tan simple, como real: “el dolor es lo que el paciente, independientemente de su edad, refiere siempre que exista una posible causante”.¹¹

La percepción del dolor del preescolar es subjetiva, compleja e individual, influenciada por factores que afectan a la estimulación de los nociceptores y la alteración en la transmisión del dolor (grado y tipo de quemadura) así como a la receptividad e interpretación cortical (experiencias pasadas con el dolor, cultura, creencias religiosas inculcadas, salud física y mental del preescolar anterior al dolor), pero también se encuentra influida por el sexo (estilo para hacer frente y tolerar al dolor), la edad, el nivel cognoscitivo, la cultura y, considerado un factor de relativa importancia en los niños, la conducta y cultura de los padres (nivel cultural, grado de protección y estilo de crianza del niño).

La percepción al dolor puede estar disminuida o ausente durante períodos de intenso estrés o emoción como suceden en las quemaduras, o por la destrucción total o parcial de las terminaciones nerviosas, pero ello es solo transitorio porque a medida que sus lesiones se recuperen, la sensibilidad aumentará y con ello la intensidad al dolor.

1.4.1 TOLERANCIA AL DOLOR DEL NIÑO

La tolerancia al dolor se refiere a la intensidad del dolor que la persona está dispuesta a soportar antes de buscar alivio. La tolerancia al dolor varía entre los preescolares, siendo el aburrimiento, la ansiedad, el cansancio los

¹¹ Real, L. Quemaduras en Niños Reflejan un Drama Social. http://www.telegrafo.com.ec/diversidad/noticia/archive/diversidad/2009/03/02/Quemaduras-de-ni_F100_os-revelan-un-drama-social.aspx 20090307

principales factores que disminuyen la tolerancia al dolor en el preescolar, además del dolor persistente.

1.4.2 REACCION ANTE EL DOLOR DEL NIÑO

La reacción al dolor de los preescolares son semejantes a las que se observa durante la lactancia, con la excepción de que el número de variables que influyen en su respuesta individual es muy complejo y variado: el recuerdo de las experiencias dolorosas pasadas, la calidad de memoria del niño, las limitaciones físicas, la separación de los padres, las reacciones emocionales de sus compañeros de habitación, y la falta de preparación previa van a determinar en parte la intensidad de la respuesta conductual del niño.¹²

La idea del dolor empieza a tomar forma y cimentarse durante el periodo preescolar y está influenciada por el entorno hospitalario. El concepto de dolor está influenciada por el “fenomenismo”, donde la causa del dolor se atribuye a fenómenos concretos, y el “contagio” donde se relacionan dos sucesos por “magia”; así, el preescolar relaciona el dolor primariamente como una experiencia física concreta, lo interpreta como un castigo por alguna travesura, sintiéndose en alguna medida responsable y culpable de su dolor, o en algunos casos tienden a culpar el dolor generado (mayormente por procedimientos) al que se lo genera, ocasionando rechazo hacia este (casi siempre el personal de salud). Los preescolares son vulnerables ante la amenaza de lesión corporal por los conflictos psicosexuales propios de su edad, siendo los procedimientos invasivos, dolorosos o no, el principal temor. El pensamiento del preescolar acerca dolor, se centra en los sucesos

¹²Saavedra, R. Quemaduras en Niños por Volcamiento de Cocina. 2ª. ed. Santiago de Chile: Universitaria, 2001. pp. 121-127.

percibidos externamente sea de sus compañeros o del entorno hospitalario en sí mismo.¹³

El preescolar integra secuencialmente, en relación con su proceso madurativo, la percepción y el entendimiento del dolor que posea:

- Desde los 2 a los 3 años en niño ya empieza a describir el dolor y lo atribuye a una causa externa.
- Desde los 3 hasta los 5 años ya puede dar una descripción tosca de la intensidad del dolor, empieza a usar adjetivos para el dolor más descriptivos y términos vinculados a lo emocional tales como “triste” o “enojado”.

En general, los preescolares reaccionan con intensa perturbación emocional y resistencia física a toda experiencia dolorosa, real o percibida, aunque algunos responden favorablemente ante la preparación anticipada con explicaciones y ejemplos a manera de juego, o la aplicación de distractores.

Las respuestas características de los preescolares al dolor son gritos y llantos sonoros, las expresiones verbales de dolor, agitación de brazos y piernas, intentos de apartar el estímulo antes de su aplicación, necesidad de dependencia – súplica, el tratar de persuadir para abandonar la actividad dolorosa, el buscar apoyo emocional (como muestras de cariño hacia él o mediante el juego) además de ponerse agitado e irritable ante el dolor continuo.

¹³ Mayol, G. Tratamiento de las Quemaduras en Pediatría. http://74.125.113.132/search?q=cache:ov0sdS8GpSkJ:www.aeped.es/protocolos/urgencias/23.pdf+quemaduras+en+pediatria&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&lr=lang_es 200401

1.5 TIPOS DE QUEMADURAS¹⁴

1.5.1 Primer grado

La quemadura de primer grado es aquella que afecta solamente la capa más superficial de piel y que se manifiesta con un ligero color rosado o rojizo. Aunque pueden ser dolorosas, no forman ampollas, pero sí puede aparecer malestar generalizado, fiebre y dolor de cabeza. Un claro ejemplo de este tipo de quemaduras lo constituyen las quemaduras solares, por lo cual es fundamental [proteger muy bien la piel de los niños de los nocivos rayos del sol](#). Para aliviar las molestias producidas por este tipo de quemaduras, dejar que corra agua fría por la zona o colocar paños fríos y luego aplicar alguna crema humectante. Y ofrecer muchos líquidos para prevenir la deshidratación.

1.5.2 Segundo grado

Las quemaduras de segundo grado se caracterizan por presentar ampollas sumamente molestas y dolorosas, en tanto la piel toma un tono rojo brillante (piel en carne viva como se dice popularmente) con zonas manchadas amarillentas. En este caso lo aconsejable es sumergir la zona afectada en agua durante, aproximadamente, unos 20 minutos, luego dejar secar y una vez seca, colocar un ungüento con antibiótico. La ingesta de líquidos para evitar la deshidratación también es importante en este caso.

¹⁴Alfaro, M. Quemaduras. Documento PDF. <http://www.binasss.sa.cr/quemaduras.pdf> 200306

1.5.3 Tercer grado

En las quemaduras de tercer grado, la piel tiene una coloración roja, blanca o inclusive hasta puede llegar a estar ennegrecida como carbonizada, parecer cuero y haber necrosis. Puede no existir dolor ni molestia alguna a causa de que es posible que las terminaciones nerviosas hayan sufrido importantes daños como consecuencia de la quemadura. En estos casos es primordial acudir de inmediato al centro de salud más cercano, colocar entre tanto un paño limpio sobre la herida y no intentar desvestir al niño puesto que la ropa se pega a la piel y al intentar quitársela se puede arrancar y empeorar la situación.

1.5.4 Cuarto grado

Hay daños de músculos y huesos. Suelen presentarse en quemaduras por frío extremo y congelación. Puede desembocar en necrosis y caída de las extremidades (brazos o piernas).

Algunas quemaduras por frío pueden ser usadas con propósito beneficioso en medicina, por ejemplo para eliminar colonias bacterianas o víricas sobre la piel, usándose generalmente el [nitrógeno](#) líquido (-196 °C) para este fin.

1.6 EVALUACIÓN INICIAL A NIÑOS QUEMADOS DE ACUERDO AL GRADO DE SUPERFICIE CORPORAL DE QUEMADURAS¹⁵

Diagnóstico

Los conceptos básicos para el diagnóstico de una quemadura infantil son cuatro:

- Profundidad
- Extensión
- Localización
- Edad

Profundidad

La profundidad de la quemadura determina la evolución clínica que seguirá el proceso. Su determinación no es fácil, sobre todo en las primeras horas. Existen numerosas clasificaciones de profundidad en la literatura médica. Algunas de ellas están expresadas en grados 1º, 2º, etc.

Por la información clínica que entrega y su sencillez de aplicación, la clasificación de Fortunato Benaim es una de las clasificaciones más usadas en la actualidad en el paciente pediátrico.

F. Benaim distingue tres tipos de quemaduras según la profundidad:

- Tipo A o Superficial
- Tipo B o Profunda
- Tipo AB o Intermedio

¹⁵AGUAYO, B. Manejo Inicial de las Quemaduras. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41061999000400014&script=sci_arttext 199907 44

Cada una de estas tiene elementos de observación clínica que permiten una aplicación rápida:

CUADRO			
Destrucción de la piel	TIPO A (superficial)	TIPO A-B (Intermedia)	TIPO B (Total)
Aspecto Clínico	Flictenas Color Rojo Turgor Normal	→ ←	Sin flictenas Color Blanco grisáceo Sin turgor
Dolor	Intenso	→ ←	Indoloro
Evolución	Regeneración	→ ←	Escara
Curación por	Epidermización (espontánea)	→ ←	Cicatrización o injerto
Resultado estético	Excelente	→ ←	Deficiente
Tomado de "Tratamiento local de las quemaduras". Dr. R. Artigas Ed. Parke-Davis Chile			

- Las quemaduras de tipo A, se caracterizan por el enrojecimiento de la piel, con posterior formación de flictenas, que al romperse, permiten observar un punteado hemorrágico fino. El dolor es intenso y la piel conserva su turgor normal.
- Las quemaduras B, en las que hay destrucción total, no existe dolor. La piel está dura, acartonada y su color es blanquecino o gris. Se puede observar en ocasiones, los vasos de la red capilar superficial, coagulados.
- Entre ambas formas se encuentra el tipo AB o intermedio cuyas características clínicas pertenecen a uno u otro tipo y que el tiempo y manejo se encargarán de ir definiendo.

- Con criterio práctico, esta clasificación de Benaim dará una pauta segura de la evolución que tendrá la lesión.
- Así las quemaduras tipo A, epidermizarán en un plazo variable de 15 a 20 días sin dejar cicatriz. Las quemaduras tipo B formarán una escara que deberá ser eliminada o se eliminará sola, y necesitarán injertarse o cicatrizarán dejando secuelas retráctiles importantes en ambos casos.

Extensión

La determinación de la superficie corporal quemada debe ser determinada en el niño, con mucha exactitud, ya que expresa el pronóstico vital de la lesión. De la extensión depende en gran parte la posibilidad de shock del paciente. Si se sobrestima, se corre el riesgo de sobre hidratación. Por otra parte, si se subestima, el niño se deshidratará. Todas las fórmulas de reposición de líquidos en el quemado están basadas en la extensión. En el adulto se usa la tabla "de los nueve" o de Pulasky - Tennison. Los segmentos corporales tienen valores iguales a 9 o múltiplos de esta cifra. Así la cabeza y los miembros superiores representan cada uno 9%, la cara anterior al tronco, la cara posterior y cada miembro inferior 18%, los genitales 1%. Esta regla no puede ser aplicada a los niños ya que la superficie de los segmentos corporales varía de acuerdo con su edad. Así el RN tiene muy desarrollada la cabeza (18%) y reducidos los miembros inferiores (14%). Esta diferencia irá cambiando con el crecimiento. En 1944, Lund y Browder determinaron los valores de los segmentos corporales en cada edad. Esto se observa en el siguiente esquema tomado del Hospital SickChildren de Edimburgo.¹⁶

¹⁶KeistingDurrwachter, G. Accident in Preschool Children in the Boblinge District Accident Causes and Risk Group. Gesundheitsweswn. England. 63(5): 335-42. 2001

1.7 MARCO LEGAL

La investigación presente tiene sus bases legales en la *Constitución de la República del Ecuador* presentado por la *Asamblea Nacional en el Año 2008*, en el cual se plantea el tema sobre la salud, y donde refiere que:

Se debe tener presente que la *Constitución Política de la República del Ecuador*, ha introducido en su normativa una disposición dedicada a las llamadas enfermedades catastróficas, que en algún momento de la vida se pueden presentar o que ya padecen las personas, como consecuencia de alguna catástrofe como su nombre lo indica, tienen derecho a la asistencia gratuita en inmediata por parte del Estado, a través de los Centros de salud públicos.

Recordemos que la Carta Suprema, también ya ha consagrado la gratuidad de la salud en todos los niveles de atención, que comprenderá los procedimientos de diagnósticos, tratamientos, medicamentos y rehabilitación necesarios, y que estos servicios médicos serán de calidad y calidez, garantizando la información confidencial de los pacientes, como lo señala el Artículo 362.

También es necesario citar la norma del **Art. 365** que dice:

Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados, ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia, su negativa, será sancionada por la ley, por lo que era imprescindible que conste en el texto constitucional para su respeto y conocimiento, norma necesaria porque en esos momentos de desastres o catástrofes el ser humano necesita de una oportuna y eficaz atención por parte de los establecimientos llamados a preservar y garantizar la salud de las personas.

Art. 362.- refiere que: la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas instrumentales.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

CAPITULO II

2 Esquema Metodológico

2.1. Modalidad de la Investigación

El presente estudio tiene un enfoque de tipo cuantitativo porque mide, vincula conceptos abstractos junto con indicadores numéricos; es de nivel aplicativo debido a que los resultados contribuirán a la motivación y concientización de las autoridades para así planificar estrategias que permitan contribuir con el propósito de estudio.

Según el análisis y alcance de los resultados, es de método descriptivo simple porque describe el estudio y las características que presenta mas no la explica; según el periodo y secuencia del estudio, es de corte transversal porque estudia en un determinado periodo de tiempo y espacio.

2.2 Tipos de Estudio

Se realizará una investigación de tipo cuantitativa.

2.2.1 Cuantitativa

Tratará de describir los registros narrativos de los fenómenos observados mediante técnicas basadas en ENCUESTAS, que se aplicarán en el Hospital de Pediátrico “Dr. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” de la ciudad de Guayaquil.

2.3. Tipo de diseño

Se realizará un diseño de tipo transversal, porque permitirá recolectar los datos en un periodo de tiempo determinado.

2.4. Área de estudio

La investigación se realizará en la Unidad de Quemados del Hospital de Pediátrico “DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE” de la ciudad de Guayaquil, con la finalidad de determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras.

2.5. Universo.

La población está conformada por el personal de enfermería que son 30, las cuales cumplen con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Enfermera que labora en el Servicio de Quemados.
- Enfermera con más de 6 meses de labor asistencial en el Servicio de Quemados.
- Enfermera que acepten participar en el estudio de investigación.

Criterios de Exclusión:

- Enfermera que labora en el Servicio de Quemados y se encuentran de vacaciones o licencia.

2.6. Muestra.

Por tratarse de un universo pequeño se procedió a realizar el estudio a 18 niños en la Unidad de Quemados del Hospital de Pediátrico “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” de la ciudad de Guayaquil, evaluando el manejo del dolor.

2.7. Técnicas de recolección de datos

Para la obtención de datos precisos y confiables se utilizarán las siguientes técnicas e instrumentos:

1.- Observación.- Se utilizara la observación y participación del personal de enfermería en el manejo del dolor del niño con quemadura del Hospital Dr. "ROBERTO GILBERT ELIZALDE.

2.- Encuesta.- Estará dirigida al personal de enfermería que dan atención en el Área de Quemados del Hospital Dr. "ROBERTO GILBERT ELIZALDE" lo mismo que estará estructurado por preguntas cerradas con las cuales se podrá obtener información sobre conocimiento en el manejo del dolor de los niños con quemaduras.

3. Plan de tabulación y análisis de datos

Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizará el programa Excel que permitirá arrojar los resultados en gráficos con sus respectivos porcentajes. Los datos obtenidos se representarán en sus respectivas tablas de frecuencia, lo cual será también representado de manera gráfica.

3.3. HIPOTESIS

Manejo del dolor en pacientes Pediátricos con Quemadura, Terapia del Dolor a los niños hospitalizados en la Unidad de Quemados Del Hospital Dr. "Roberto Gilbert Elizalde".

3.4. VARIABLES

Las variables son identificables.

3.4.1. Variable independiente

Manejo del Dolor en Pacientes Pediátricos Quemados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

3.4.2. Variable dependiente

- Nivel de conocimiento en el personal de Enfermería sobre Quemaduras.
- Conocer la percepción del personal de enfermería hacia los pacientes pediátricos quemados.
- Dotación del material para la captación del personal de enfermería de la Unidad de Quemado Del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde (tríptico).

2.9.3. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>Manejo del Dolor</p> <p>CONCEPTO: Es la acumulación de conocimientos que una persona logra con el transcurso del tiempo de trabajo en un área específica.</p>	Acción del Dolor	Tiempo	1.- ¿Considero que el dolor característico en niño (a) quemados de IIº y IIIº es de tipo sordo, agudo, continuo y bien localizado?
<p>Nivel de conocimiento del personal de Enfermería</p> <p>CONCEPTO: Concepto: Es un conjunto de procesos relativos a la educación dirigidos a incrementar los conocimientos en habilidades y actitudes de las personas</p>	Experiencia del Personal de Enfermería	Área de Quemados	2.- ¿Concibo al dolor en niños (a) como una experiencia subjetiva, individual, aprendida con manifestaciones claras en la conducta?.
<p>Conocer la percepción del personal de enfermería hacia los pacientes pediátricos quemados.</p> <p>CONCEPTO: La percepción es la capacidad de captar y conocer elementos de nuestro entorno.</p>	Cuidados que realiza el personal de enfermería a pacientes quemados.	Técnicas realizadas en el manejo del dolor.	3.- ¿Piensa usted que se necesita de estrategias cognitivas para calmar el dolor en niños con quemaduras?

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>Dotación del material para la captación del personal de enfermería de la Unidad de Quemados.</p> <p>CONCEPTO:</p> <p>Es la cantidad necesaria o nivel de conocimientos y recursos de materiales de educación a la que se puede tener acceso el personal para adquirir conocimientos.</p>	<p>Trípico</p>	<p>Educación al personal de Enfermería en la Unidad de Quemados</p>	

CAPITULO III

3.- PRESENTACION DE LOS DATOS

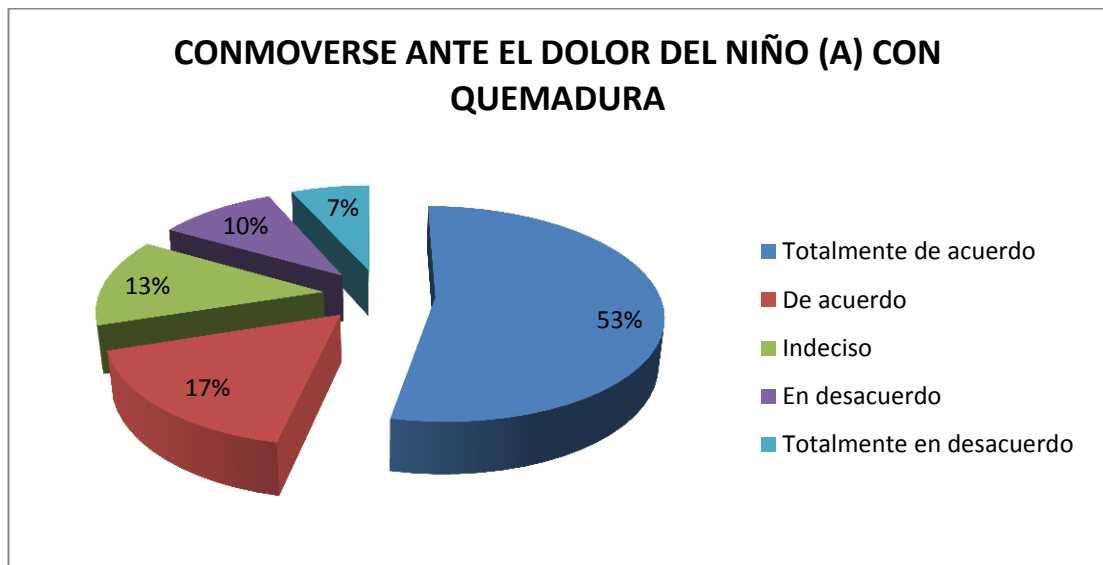
1. ME CONMUEVO DEMASIADO ANTE EL DOLOR DE UN NIÑO (A) QUEMADO

TABLA # 1

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	53
DE ACUERDO	5	17
INDECISO	4	13
EN DESACUERDO	3	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 1



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Quedando evidenciado que hay un 53% del personal de enfermería que se conmueve ante el dolor del niño con quemadura, un 17% que se encuentra de acuerdo, y un 13% que está indeciso. Quedando demostrado que existe una gran sensibilidad por parte de la mayoría del personal de enfermería frente al dolor del niño (a) con quemadura.

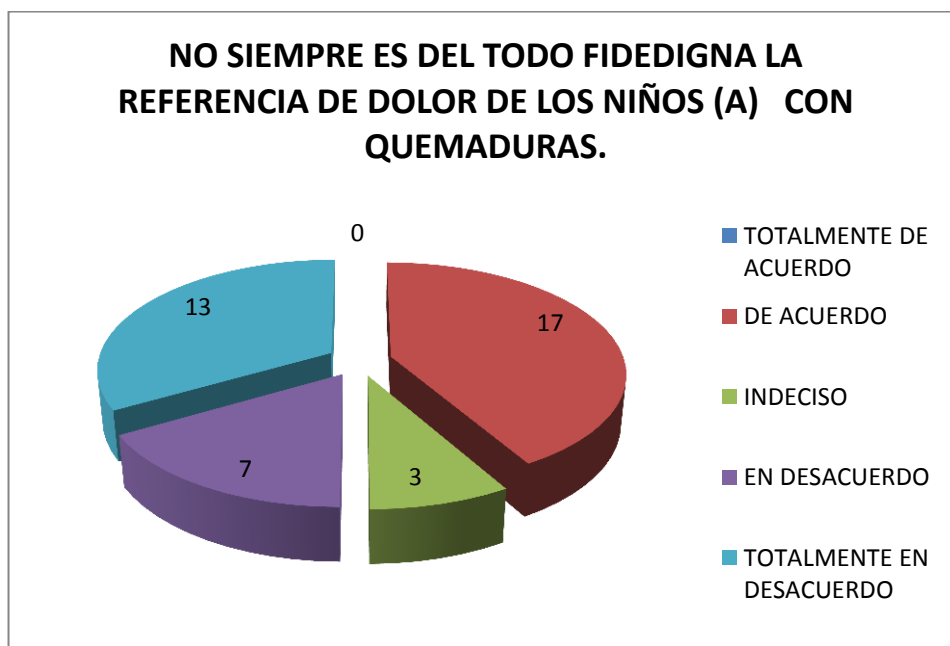
2. NO SIEMPRE ES DEL TODO FIDEDIGNA LA REFERENCIA DE DOLOR DE LOS NIÑOS (A) CON QUEMADURAS.

TABLA # 2

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	60
DE ACUERDO	5	17
INDECISO	1	3
EN DESACUERDO	2	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	4	13
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 2



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Como lo demuestra el grafico se encuentran totalmente de acuerdo un 60% del personal de enfermería referente a que no siempre es de todo fidedigna la referencia del dolor del niño (a) con quemaduras, Mientras que un 17% solo está de acuerdo y un 13% se encuentra en desacuerdo.

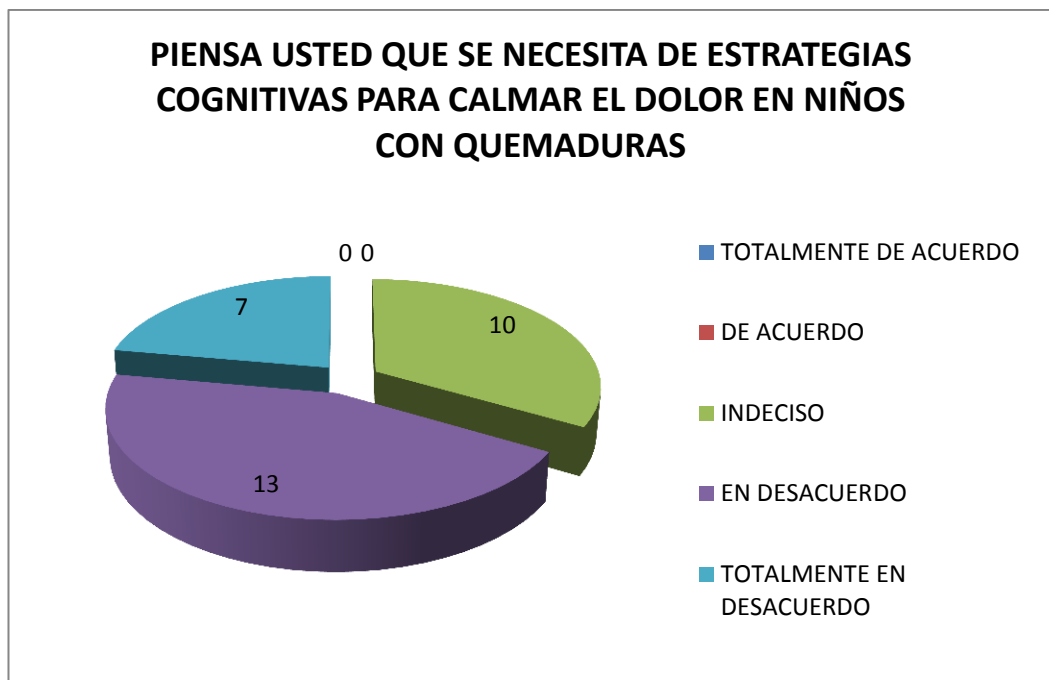
3. PIENSA USTED QUE SE NECESITA DE ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA CALMAR EL DOLOR EN NIÑOS CON QUEMADURAS

TABLA # 3

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	13
DE ACUERDO	17	57
INDECISO	3	10
EN DESACUERDO	4	13
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 3



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Como se determina en el grafico se encuentran de acuerdo un 57% del personal de enfermería en que hay que usar estrategias cognitivas para calmar el dolor de los Niños (a) con quemaduras, Mientras que un 13% está totalmente de acuerdo y un 7% se encuentra en desacuerdo.

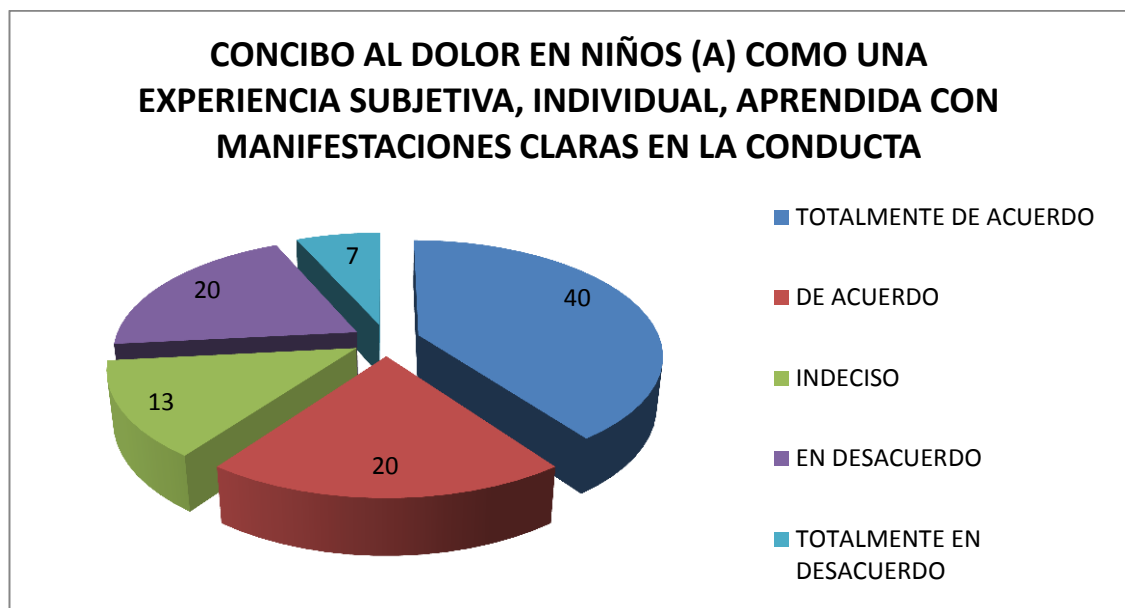
4. CONCIBO AL DOLOR EN NIÑOS (A) COMO UNA EXPERIENCIA SUBJETIVA, INDIVIDUAL, APRENDIDA CON MANIFESTACIONES CLARAS EN LA CONDUCTA

TABLA # 4

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	40
DE ACUERDO	6	20
INDECISO	4	13
EN DESACUERDO	6	20
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 4



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Según el grafico el 40% está totalmente de acuerdo en que concibe el dolor del niño (a) con quemadura como una experiencia subjetiva, individual, y el 20% está de acuerdo y el 20% de las encuestadas está en desacuerdo.

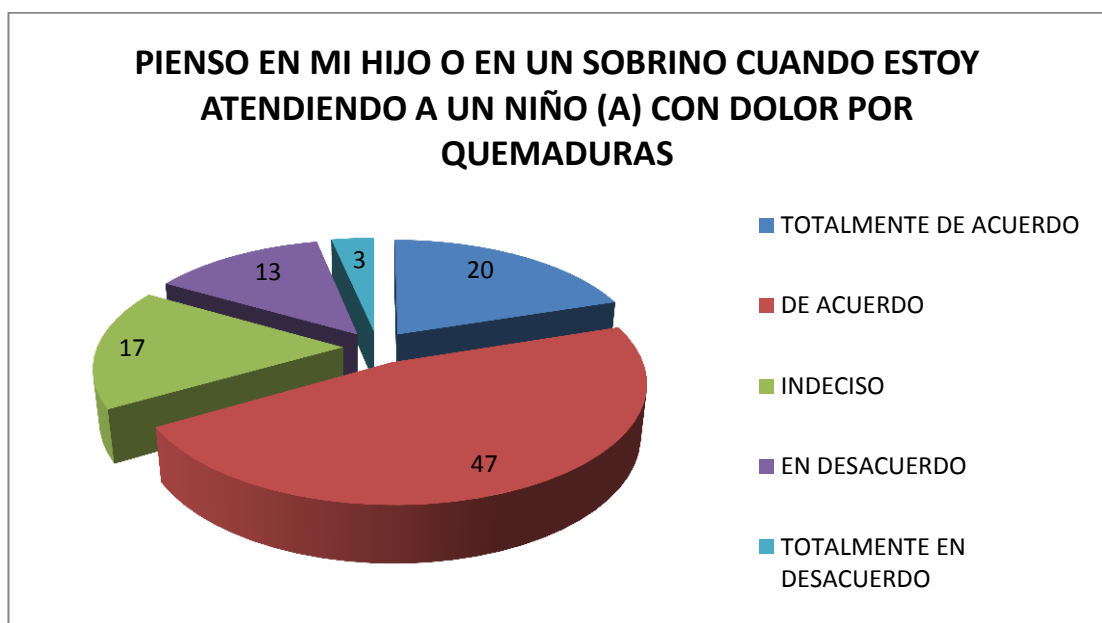
5. PIENSO EN MI HIJO O UN SOBRINO CUANDO ESTOY ATENDIENDO A UN NIÑO (A) CON DOLOR POR QUEMADURAS

TABLA # 5

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	20
DE ACUERDO	14	47
INDECISO	5	17
EN DESACUERDO	4	13
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 5



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Se le pregunto a las encuestadas si piensa en su hijo al tratar con los niños ellas respondieron que el 47% se encuentra de acuerdo y personal de enfermería se conmueve, y un 20% solo está totalmente de acuerdo y el 17% se encuentra indeciso o sea no está seguro si se conmueve o no frente a la situación.

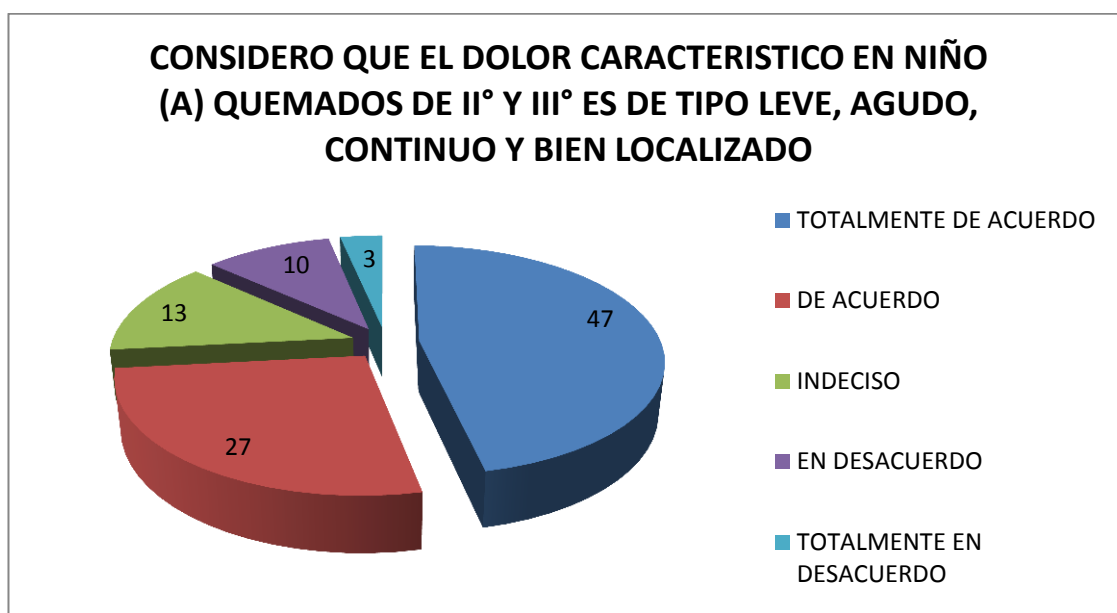
6. CONSIDERO QUE EL DOLOR CARACTERÍSTICO EN NIÑO (A) QUEMADOS DE IIº Y IIIº ES DE TIPO LEVE, AGUDO, CONTINUO Y BIEN LOCALIZADO

TABLA # 6

REFERENCIA	Nº	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	47
DE ACUERDO	8	27
INDECISO	4	13
EN DESACUERDO	3	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 6



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Se entrevistó si considera que el dolor característico en niño (a) quemados de IIº y IIIº es de tipo leve, agudo, continuo y bien localizado el 47% está totalmente de acuerdo piensa que estas característica las muestra el niño (a), y el 27% está de acuerdo y un 13% se encuentra indeciso.

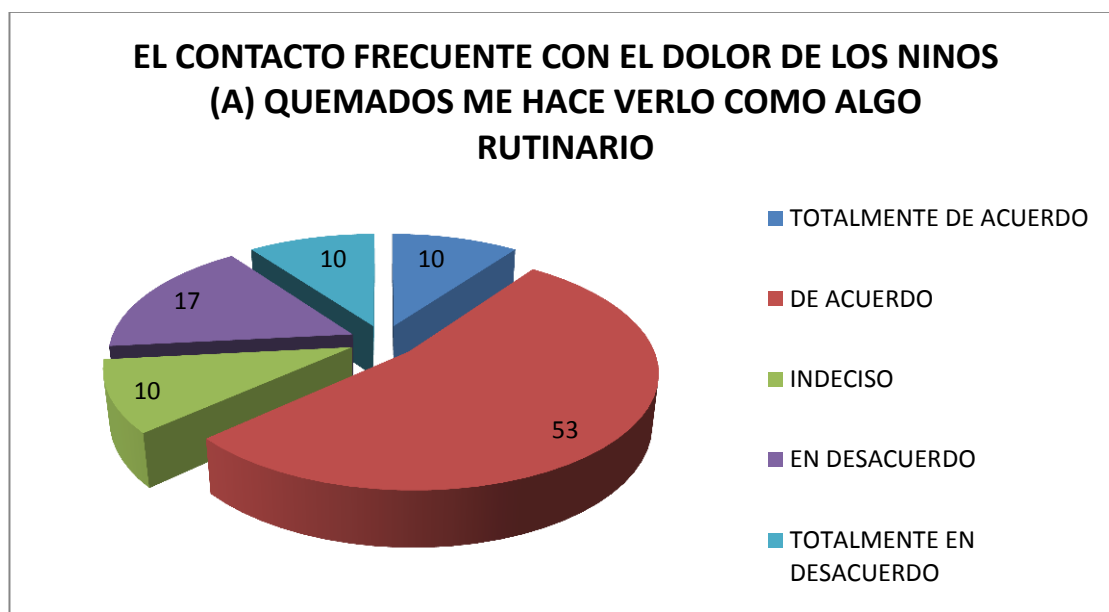
7. EL CONTACTO FRECUENTE CON EL DOLOR DE LOS NIÑOS (A) QUEMADOS ME HACE VERLO COMO ALGO RUTINARIO

TABLA # 7

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	10
DE ACUERDO	16	53
INDECISO	3	10
EN DESACUERDO	5	17
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	10
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 7



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Se interrogó a las encuestadas acerca del contacto frecuente con el dolor de los niños (a) quemados me hace verlo como algo rutinario el 53% se encuentra de acuerdo porque lo vive todos los días y un 17% está en desacuerdo este grupo opina que no es así, que aunque trata con este tipo de pacientes a diario se conmueve siempre con cada caso que pasa por la unidad de quemados.

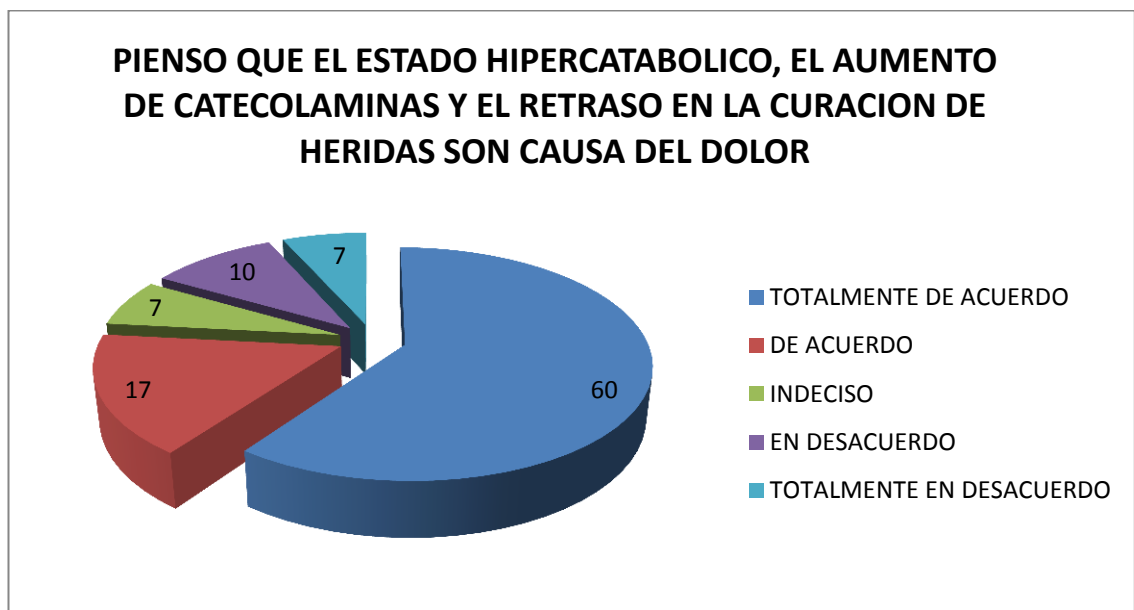
8. PIENSO QUE EL ESTADO HIPERCATABÓLICO, EL AUMENTO DE CATECOLAMINAS Y RETRASO EN LA CURACIÓN DE HERIDAS SON A CAUSA DEL DOLOR

TABLA # 8

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	60
DE ACUERDO	5	17
INDECISO	2	7
EN DESACUERDO	3	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 8



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Las encuestadas piensan que el estado hipercatabólico, el aumento de catecolaminas y retraso en la curación de heridas son a causa del dolor contestaron 60% se encuentra totalmente de acuerdo porque no se le brinda la atención oportuna al momento y de alguna forma no minimizamos su dolor y un 17% solo está de acuerdo, un 10% se encuentra en desacuerdo y opina que el trabajo es oportuno.

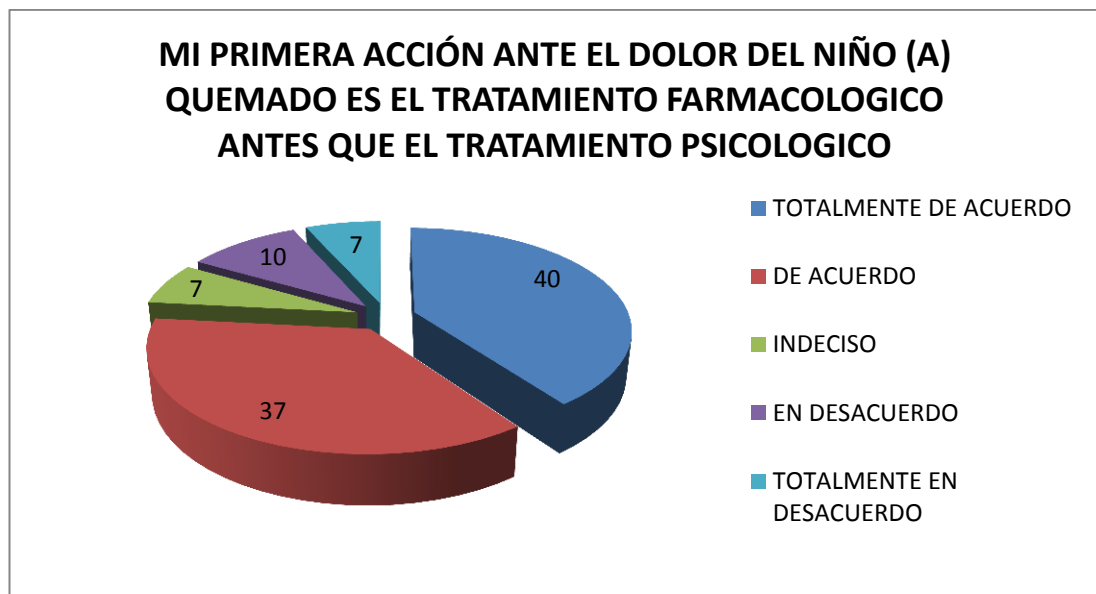
9. MI PRIMERA ACCIÓN ANTE EL DOLOR DEL NIÑO (A) QUEMADO ES EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTES QUE EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

TABLA # 9

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	40
DE ACUERDO	11	37
INDECISO	2	7
EN DESACUERDO	3	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 9



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: La primera reacción ante dolor del niño(a) es el tratamiento farmacológico antes que el psicológico un 40% está totalmente de acuerdo opina que así ayuda al niño (a) a que su dolor sea menor porque con los calmantes le permiten descansar y superar más rápido su dolor, mientras que un 37% solo está de acuerdo y un 10% se encuentra en desacuerdo piensa que es mejor el tratamiento psicológico y no farmacológico para ayudar al menor con quemaduras.

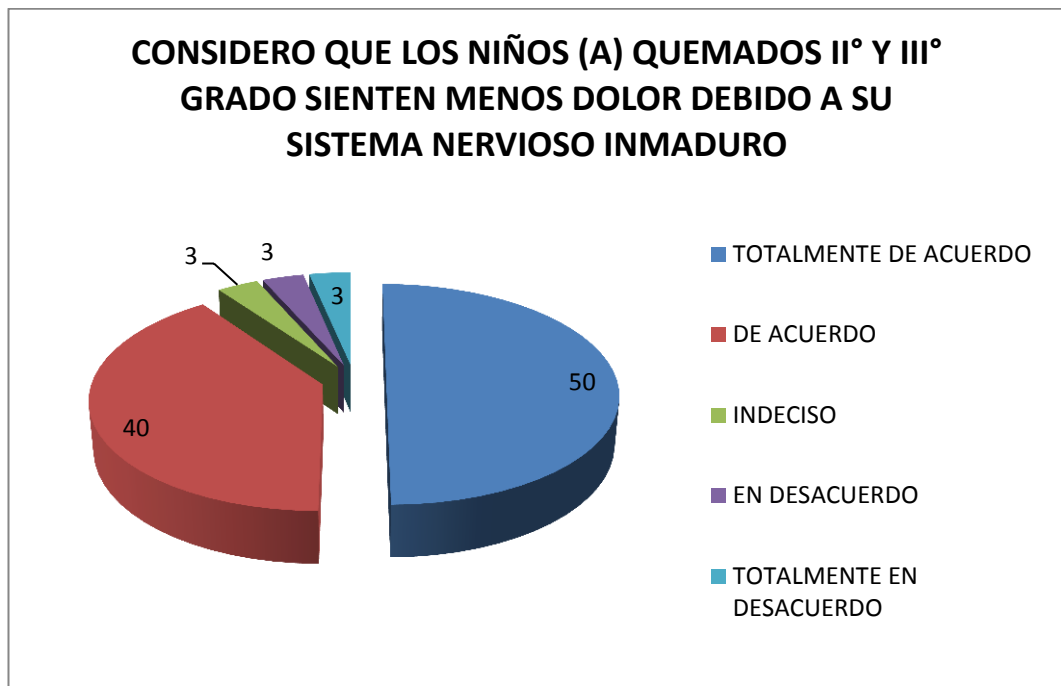
10. CONSIDERO QUE LOS NIÑOS (A) QUEMADOS DE II Y IIIº GRADO SIENTEN MENOS DOLOR DEBIDO A SU SISTEMA NERVIOSO INMADURO

TABLA # 10

REFERENCIA	Nº	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	50
DE ACUERDO	12	40
INDECISO	1	3
EN DESACUERDO	1	3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 10



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Se considera que los niños (a) quemados de II y IIIº grado sienten menos dolor debido a su sistema nervioso inmaduro contestaron el 50% está totalmente de acuerdo y considera que esta forma es más leve el dolor y un 40% solo está de acuerdo con esta condición.

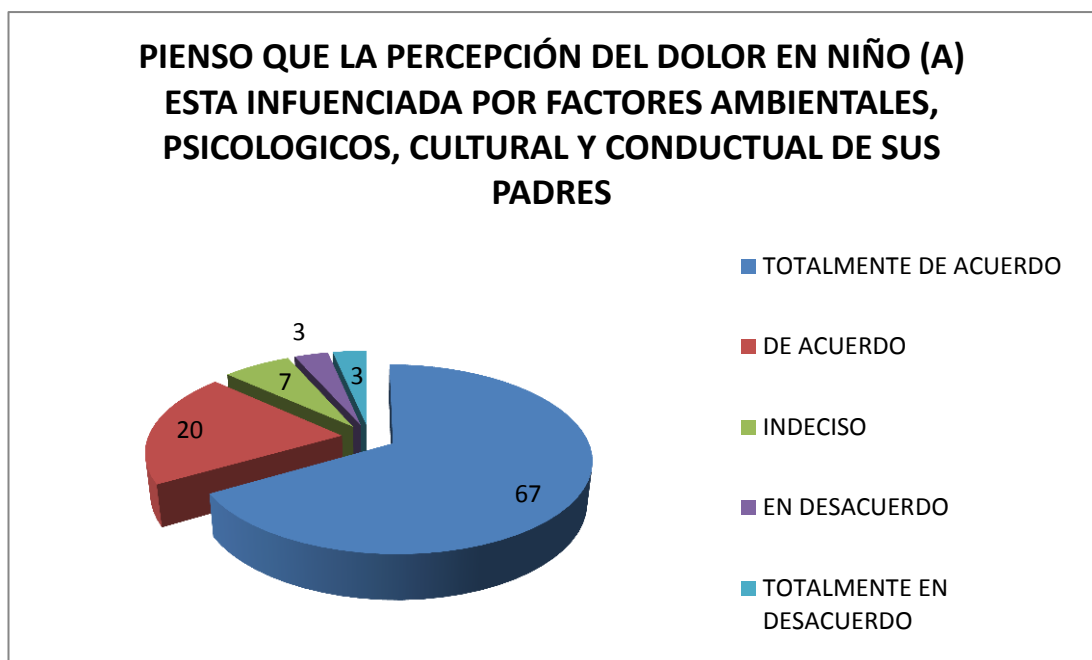
11. PIENSO QUE LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN NIÑO (A) ESTÁ INFLUENCIADA POR FACTORES AMBIENTALES, PSICOLÓGICOS, CULTURAL Y CONDUCTUAL DE SUS PADRES

TABLA # 11

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	20	67
DE ACUERDO	6	20
INDECISO	2	7
EN DESACUERDO	1	3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 11



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: La percepción del dolor en niño (a) está influenciada por factores ambientales, psicológicos, cultural y conductual de sus padres el 67% se encuentra totalmente de acuerdo y opina que influye mucho el estado de ánimo del familiar le brinde al paciente mientras que un 20% solo está de acuerdo y piensa que no es tan relevante.

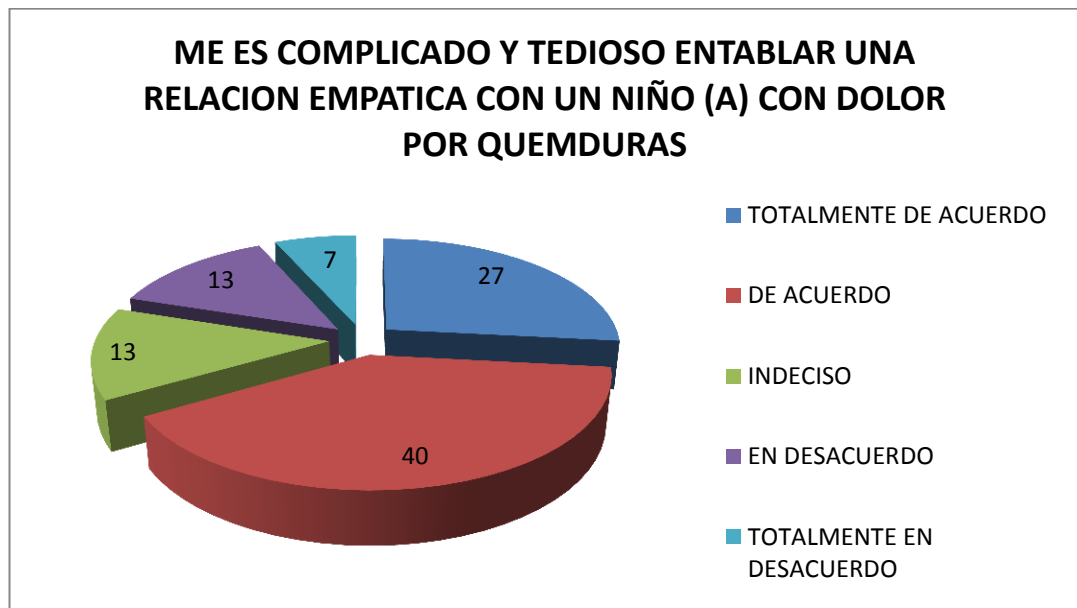
12. ME ES COMPLICADO Y TEDIOSO ENTABLAR UNA RELACIÓN EMPÁTICA CON UN NIÑO (A) CON DOLOR POR QUEMADURAS

TABLA # 12

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	27
DE ACUERDO	12	40
INDECISO	4	13
EN DESACUERDO	4	13
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 12



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Se le hacía complicado y tedioso entablar una relación empática con un niño (a) con dolor por quemaduras el 40% contestó que estaba de acuerdo y que resulta difícil ya que relaciona lo que está pasando como si fuera un familiar cercano, y un 27% está totalmente de acuerdo y un 13% está en desacuerdo opina que no es así que no le causa ninguna complicación.

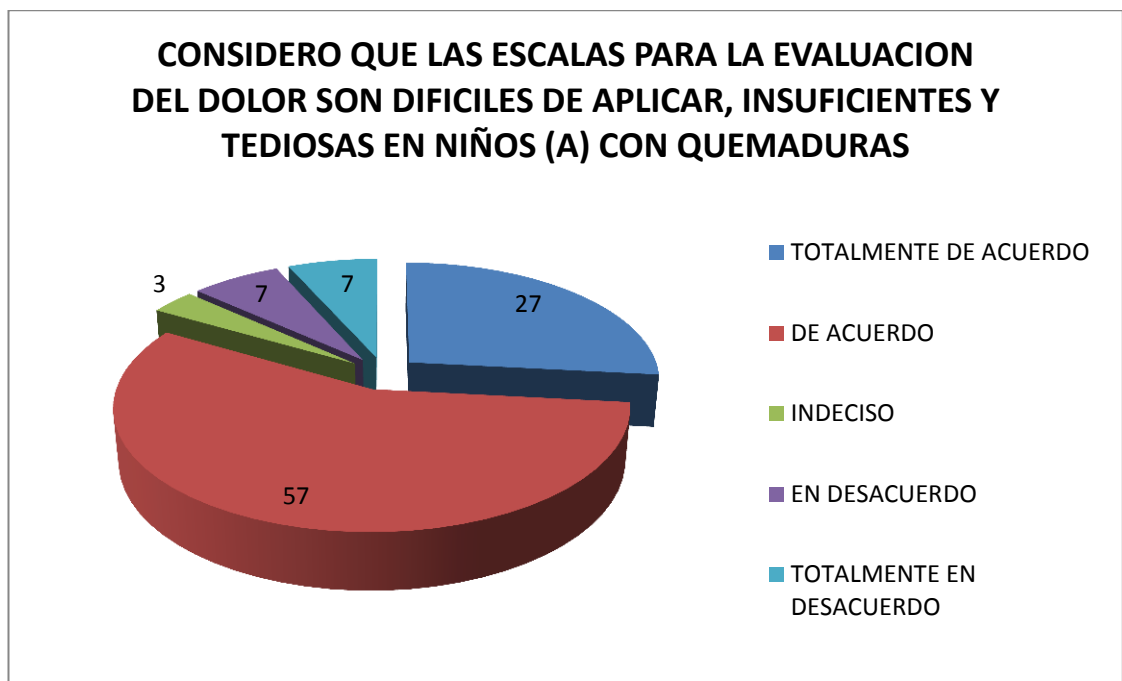
13. CONSIDERO QUE LAS ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR SON DIFÍCILES DE APLICAR, INSUFICIENTES Y TEDIOSAS EN NIÑOS (A) CON QUEMADURAS

TABLA # 13

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	27
DE ACUERDO	17	57
INDECISO	1	3
EN DESACUERDO	2	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 13



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Las escalas para la evaluación del dolor son difíciles de aplicar, insuficientes y tediosas en niños (a) con quemaduras en su mayoría respondieron que se encontraban de acuerdo con un 57% puesto que resultaba complejo por el dolor que tiene el paciente, y un 27% se encuentra totalmente de acuerdo, y un 7% está en desacuerdo opina que no resulta difícil realizar su trabajo.

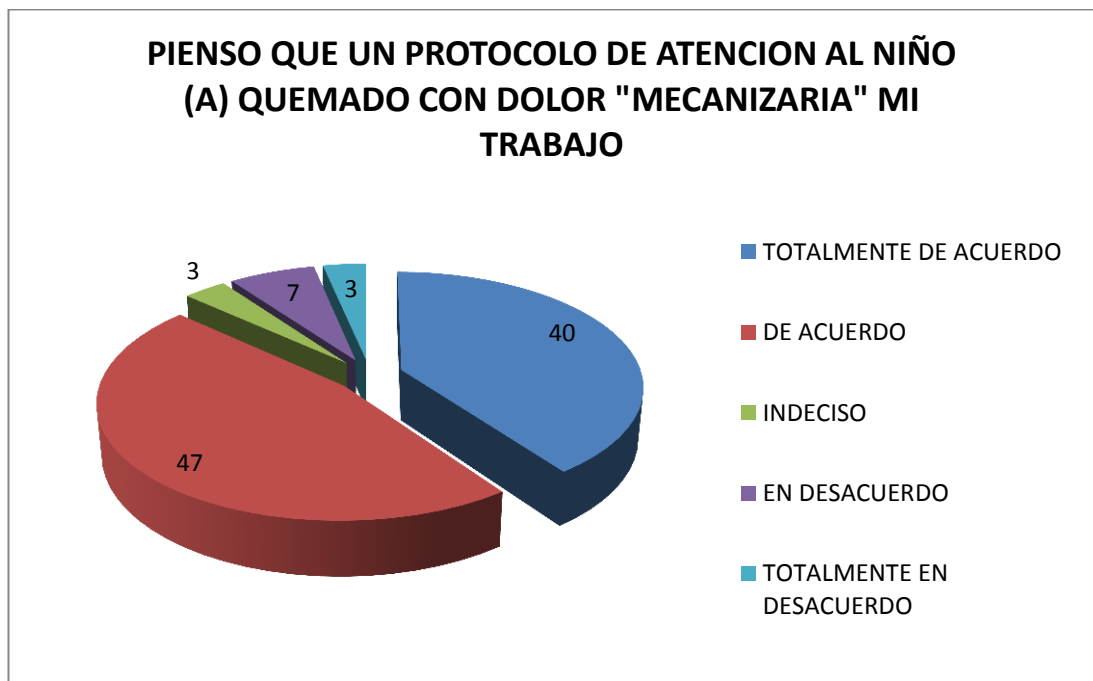
14. PIENSO QUE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL NIÑO (A) QUEMADO CON DOLOR “MECANIZARÍA” MI TRABAJO

TABLA # 14

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	40
DE ACUERDO	14	47
INDECISO	1	3
EN DESACUERDO	2	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 14



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

Análisis: Qué piensa acerca de un protocolo de atención al niño (a) quemado con dolor “mecanizaría” mi trabajo el 47 % está de acuerdo, mientras que un 40 % está totalmente de acuerdo, y el 7% se encuentra en desacuerdo por que no considera que su este protocolo mecanizara su trabajo porque si posee sentimientos si conmueve frente al paciente.

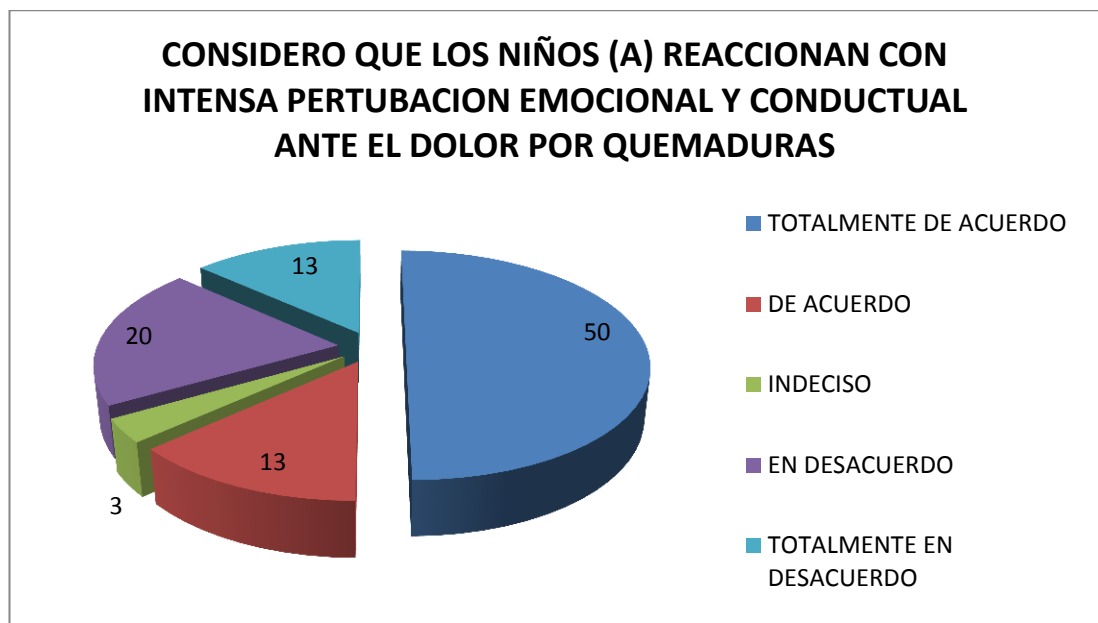
15. CONSIDERO QUE LOS NIÑOS (A) REACCIONAN CON INTENSA PERTURBACIÓN EMOCIONAL Y CONDUCTUAL ANTE EL DOLOR POR QUEMADURAS

TABLA # 15

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	50
DE ACUERDO	4	13
INDECISO	1	3
EN DESACUERDO	6	20
TOTALMENTE EN DESACUERDO	4	13
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 15



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

Análisis: Se considera que los niños (a) reaccionan con intensa perturbación emocional y conductual ante el dolor por quemaduras un 50% está totalmente de acuerdo por el niño(a) son muy emocionales y se dejan llevar, mientras que 20% está en desacuerdo opina que no tiene nada ver su condición.

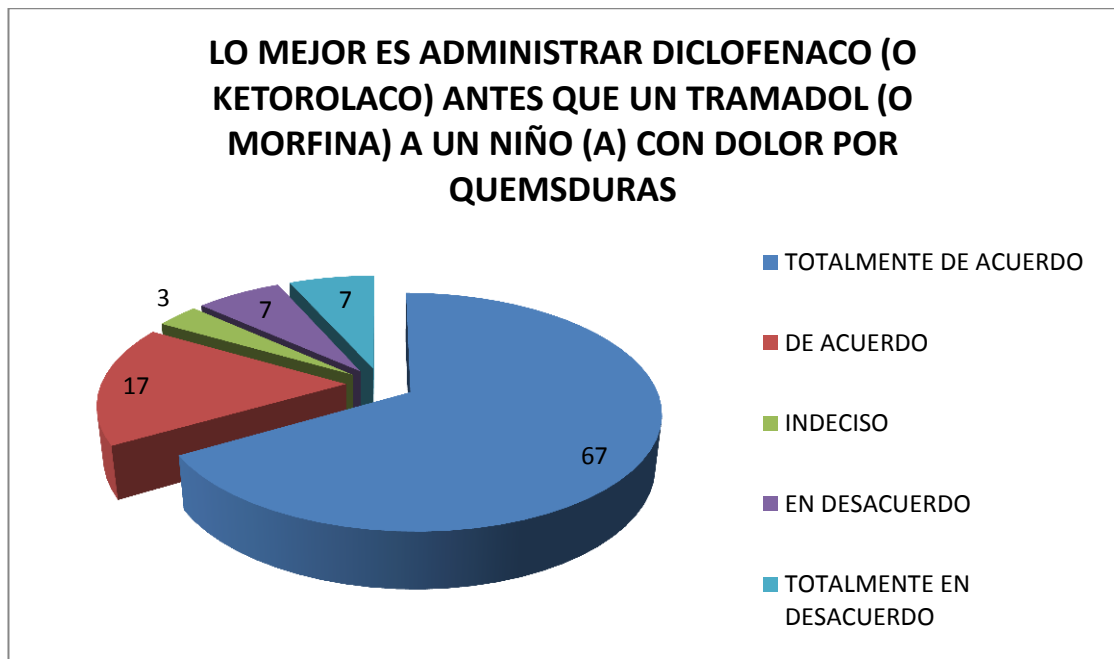
16. LO MEJOR ES ADMINISTRAR DICLOFENACO (O KETOROLACO) ANTES QUE UN TRAMADOL (O MORFINA) A UN NIÑO (A) CON DOLOR POR QUEMADURAS

TABLA # 16

REFERENCIA	N°	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	20	67
DE ACUERDO	5	17
INDECISO	1	3
EN DESACUERDO	2	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100%

ELABORACIÓN: Mercedes Soto.

GRAFICO # 16



FUENTE: Encuesta dirigida al personal de enfermería del área de Quemados del Hospital "ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

- Análisis:** Se preguntó lo mejor es administrar diclofenaco (o ketorolaco) antes que un tramador (o morfina) a un niño (a) con dolor por quemaduras el 67 % está totalmente de acuerdo por atenúa el dolor más rápido y un 17% esta solo de acuerdo porque ambos hacen la misma función.

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA

4.1. TEMA DE LA PROPUESTA

CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION EN EL MANEJO DEL DOLOR EN NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE QUEMADO DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”.

4.2. INTRODUCCION

De acuerdo con la investigación realizada, los resultados muestran la necesidad de plantear una propuesta de cuidados estandarizados logre informar y capacitar de forma directa a las profesionales en enfermería en el manejo del dolor de los niños ingresados en la unidad de quemado del hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Después de realizar un análisis con los profesionales que participaron en el estudio, las experiencia y el criterio de acuerdo a la tesis, se concluye que la forma más eficiente y eficaz de llevar información preventiva a las familias, niños y niñas, es por medio de una propuesta para el sector salud, prioridad en el primer nivel de atención, por las características que lo describen (señaladas en el marco conceptual). Orientada a capacitación en prevención de quemaduras infantiles, a funcionarios del primer nivel, que se puedan convertir en agentes multiplicadores, y generar un efecto multiplicador, “efecto cascada” en prevención con la ayuda de un tríptico educativo.

4.3. OBJETIVOS



4.3.1. OBJETIVO GENERAL

Capacitar al personal de enfermería sobre el cuidado estandarizado en el manejo del dolor, factores de riesgo, secuelas en niños de la Unidad de quemados del hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

4.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las quemaduras infantiles, su clasificación y secuelas físicas, sociales y emocionales.
- Identificar con los profesionales de la salud, los factores de riesgo que pueden ocasionar las quemaduras infantiles y sus medidas preventivas.
- Elaborar un tríptico educativo para de una manera didáctica ayudar con el cuidado estandarizado del manejo del dolor.

4.4. BENEFICIARIOS.-

-  Personal de enfermería.
-  La Institución de Salud

RESPONSABLE:

EGRESADA DE ENFERMERIA: SOTO RODRIGUEZ MERCEDES

Quemaduras en los Niños

Las quemaduras en la población infantil constituyen un serio problema. Aparte del riesgo de morir que tiene el niño quemado, que es mayor que el del adulto, estas lesiones pueden dejar severas secuelas invalidantes, funcionales y estéticas que causarán desajustes psíquicos, sociales y laborales serios durante toda la vida.

Desde el punto de vista de salud pública, el tratamiento de estas lesiones consume una gran cantidad de recursos durante tiempos que suelen ser prolongados, como se observa con la prevención y manejo de las infecciones luego de la quemadura, así como también en la preparación de la zona injuriada para el injerto, y finalmente, en la cirugía reparadora de las secuelas retráctiles. Pero tal vez lo más importante, es que se trata de un problema en el cual la prevención juega un rol fundamental.

Estadísticas

La primera causa de muerte en la niñez lo constituye el trauma.

En EEUU las quemaduras constituyen la segunda causa más común de muerte accidental en niños bajo los 5 años. El problema más grave, es que, por cada 2.500 niños que mueren por quemaduras, 10.000 sufren incapacidad permanente. En Chile las quemaduras constituyen la primera causa de muerte entre los niños de 1 a 4 años (casi el 30% del total de las muertes por lesiones y violencias en este grupo etario).

La escaldadura es el mecanismo más frecuente de injuria. Elementos relacionados con la preparación y consumo de alimentos causan aproximadamente la mitad de las escaldaduras.

Las quemaduras eléctricas de la boca también son frecuentes y ocurren cuando los niños comienzan a caminar. Los preescolares se queman con fuego, producto de fósforos y encendedores.

La enorme mayoría de estas quemaduras ocurren en el hogar y son resultado de accidentes previsibles.

Evaluación inicial

Diagnóstico

Los conceptos básicos para el diagnóstico de una quemadura infantil son cuatro:

- Profundidad
- Extensión
- Localización
- Edad

Profundidad

La profundidad de la quemadura determina la evolución clínica que seguirá el proceso. Su determinación no es fácil, sobre todo en las primeras horas. Existen numerosas clasificaciones de profundidad en la literatura médica. Algunas de ellas están expresadas en grados 1º, 2º, etc.

Por la información clínica que entrega y su sencillez de aplicación, la clasificación de Fortunato Benaim es una de las clasificaciones más usadas en la actualidad en el paciente pediátrico. F. Benaim distingue tres tipos de quemaduras según la profundidad:

- Tipo A o Superficial
- Tipo B o Profunda
- Tipo AB o Intermedio

Destrucción de la piel	TIPO A (superficial)	TIPO A-B (Intermedia)	TIPO B (Total)
Aspecto Clínico	Flictenas Color Rojo Turgor Normal	→ ←	Sin flictenas Color Blanco grisáceo Sin turgor
Dolor	Intenso	→ ←	Indoloro
Evolución	Regeneración	→ ←	Escara
Curación por	Epidermización (espontánea)	→ ←	Cicatrización o injerto
Resultado estético	Excelente	→ ←	Deficiente
Tomado de "Tratamiento local de las quemaduras". Dr. R. Artigas Ed. Parke-Davis Chile 1980			

Las quemaduras de tipo A se caracterizan por el enrojecimiento de la piel, con posterior formación de flictenas, que al romperse, permiten observar un punteado hemorrágico fino. El dolor es intenso y la piel conserva su turgor normal.

Las quemaduras B, en las que hay destrucción total, no existe dolor. La piel está dura, acartonada y su color es blanquecino o gris. Se puede observar en ocasiones, los vasos de la red capilar superficial, coagulados.

Entre ambas formas se encuentra el tipo AB o intermedio cuyas características clínicas pertenecen a uno u otro tipo y que el tiempo y manejo se encargarán de ir definiendo.

Con criterio práctico, esta clasificación de Benaim dará una pauta segura de la evolución que tendrá la lesión.

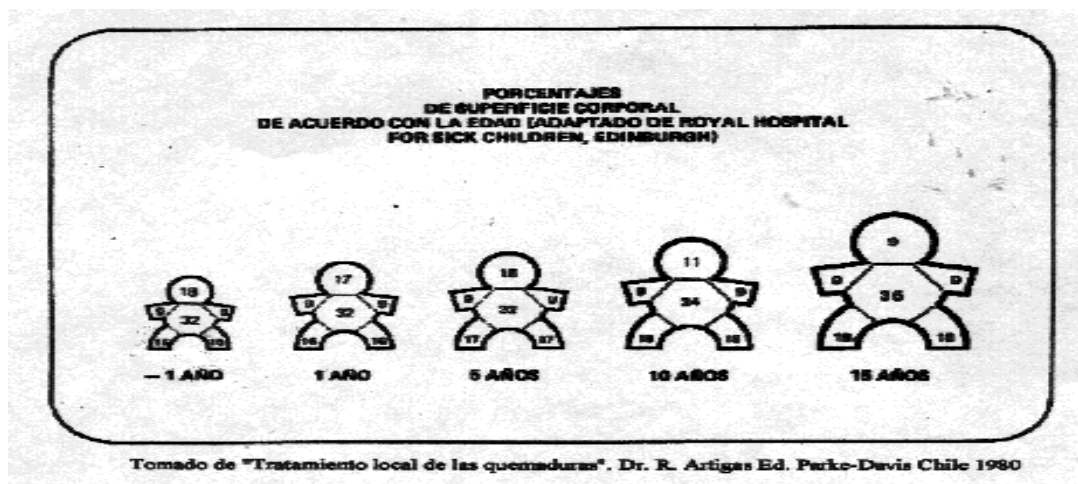
Así las quemaduras tipo A epidermizarán en un plazo variable de 15 a 20 días sin dejar cicatriz. Las quemaduras tipo B formarán una escara que deberá ser eliminada o se eliminará sola, y necesitarán injertarse o cicatrizarán dejando secuelas retráctiles importantes en ambos casos.

EXTENSIÓN

La determinación de la superficie corporal quemada debe ser determinada en el niño, con mucha exactitud, ya que expresa el pronóstico vital de la lesión.

De la extensión depende en gran parte la posibilidad de shock del paciente. Si se sobrestima, se corre el riesgo de sobre hidratación. Por otra parte, si se subestima, el niño se deshidratará. Todas las fórmulas de reposición de líquidos en el quemado están basadas en la extensión. Esta regla no puede ser aplicada a los niños ya que la superficie de los segmentos corporales varía de acuerdo con su edad. Así el RN tiene muy desarrollada la cabeza (18%) y reducidos los miembros inferiores (14%). Esta diferencia irá cambiando con el crecimiento.

En 1944, Lund y Browder determinaron los valores de los segmentos corporales en cada edad. Esto se observa en el siguiente esquema tomado del Hospital SickChildren de Edimburgo.



Un método útil y práctico en los pequeños, consiste en aplicar la regla de la palma de la mano para medir la extensión de la superficie quemada. Para estos efectos se considera que la superficie de la palma equivale a un porcentaje igual al 1%.

EDAD

"Los niños no son adultos pequeños".

El niño tiene un desarrollo que no es vertical. Sus sistemas van creciendo cumpliendo etapas que no suelen ser coincidentes a las de un adulto menudo. De ahí que presenten respuestas diferentes ante una misma agresión.

DIFERENCIAS ADULTO-NIÑO

Labilidad hídrica. Los niños tienen muy pocas reservas de agua. El recambio diario de líquidos en un lactante representa la mitad de su líquido extracelular. El adulto solo moviliza la séptima parte en 24 horas. Por eso el niño cae fácilmente en shock hipovolémico. Al mismo tiempo es más fácil su recuperación.

La piel infantil es más fina, por lo que un mismo agente produce en el niño quemaduras más profundas que en el adulto. El tejido subcutáneo infantil es más laxo y se edematiza con gran facilidad.

Los segmentos corporales tienen diferencias fundamentales, como ya se vio anteriormente. Así la cabeza de un lactante menor representa un 18% de su superficie versus un 9% en el adulto. Esto es compensado con la disminución de superficie de los miembros inferiores, en especial los muslos que es la zona dadora de injertos por excelencia, por tanto el niño tiene menos superficie disponible para injertos. Existen diferencias también en la función renal y en los sistemas cardíaco y respiratorio.

PRONÓSTICO

El resultado de una quemadura es muy variable. Una lesión sin importancia vital puede ser muy grave como daño estético o funcional.

Existen entonces diversas gravedades:

Gravedad Funcional. Depende de la localización y la profundidad. Ejemplo quemadura B en un párpado.

Gravedad Estética. También dependiente de la localización y profundidad. Ej. Cicatrices hipertróficas en la cara.

Gravedad Psíquica. Es difícil evaluar el daño psíquico que sufre el niño quemado. Las reacciones durante el tratamiento o las secuelas como consecuencia de este, son absolutamente personales. Todo esto en el contexto de una personalidad en formación y muy a menudo con el agravante del sentimiento de culpa de los padres, con la tendencia a la sobreprotección del niño luego del accidente.

Manejo Inicial de las Quemaduras

(Modificado Del American College of Surgeons, Committee on Trauma).

I. Detener daño mayor:

Extinguir o eliminar ropa inflamada

En quemaduras químicas

Lavado copioso agua

Irrigación ocular prolongada

Remover ropa contaminada

Lavado con agua helada. Sirve de alivio al dolor.

II. Mantener ventilación (ABC)

Administrar oxígeno humidificado por máscara

Examinar vía aérea para detectar signos de daño por inhalación pelos de fosas nasales chamuscados

Material carbonizado vía aérea superior

Edema o signos inflamatorios en vía aérea superior

Mantener vía aérea

Intubación endotraqueal en trauma cervical asociado trauma torácico severo asociado edema agudo de vía aérea: daño por inhalación grave

Si se intuba ventilación mecánica.

III. Resucitación Cardiopulmonar (ABC)

Si no se detecta pulso o actividad cardíaca

IV. Historia

Circunstancias del accidente

Enfermedades previas

Medicamentos

Alergias.

V. Examen Físico

Estimar extensión y profundidad de la quemadura.

Pesar al niño

Revisar lesiones asociadas

VI. Criterio de hospitalización en niños

Quemaduras mayores a un 10% del área corporal

Quemaduras por inhalación

Quemaduras eléctricas

Quemaduras faciales o periorificiales

Quemaduras químicas

Sospecha de Síndrome Niño Golpeado.

VII. Reposición de volumen EV

Prevención del shock y alteraciones hidroelectrolíticas. Es el plan terapéutico de mayor importancia en el tratamiento de urgencia del quemado las primeras 48 horas. Pacientes con quemaduras más de un 10% de superficie corporal Instalación cánula EV en vena adecuada Sonda vesical a un sistema de drenaje cerrado.

Volumen de reposición: existen dos fórmulas ampliamente difundidas:

1. Fórmula de **Parkland**:

Ringer lactato - Suero fisiol

4 ml x Kg-peso x % superficie quemada

2. Fórmula **H. Carvajal** (Shriner's Burns Institute Texas)

5.000 ml x m² de superficie corporal quemada (SCG) + 2,003 + (SCT)

Superficie corporal total.

(Uso de nomograma)

Volumen de mantenimiento (Hollydey)

Necesidades básicas

100 ml/kg día primeros 10 kg

50 ml/kg día primeros 10 kg

20 ml/kg día los siguientes kg

Planear administrar el 50% del volumen calculado en las primeras 8 horas del accidente y el 50% restante en las siguientes 16 horas. Ajustar el goteo para obtener 1cc diuresis/kg peso/hora. 30 - 50 cc diuresis horaria en pacientes sobre 30 kg.

Las fórmulas de reanimación son guías. En una situación determinada el niño puede requerir volúmenes mayores o menores dependiendo de su respuesta clínica.

Las quemaduras más profundas y las lesiones por inhalación pueden aumentar los requerimientos líquidos de manera considerable. En las quemaduras de moderada y gran extensión es imprescindible el uso de albúmina humana⁹. Generalmente se efectúa después de las primeras 8 horas (12,5 g/lit de solución calculada). Excepcionalmente en niños se podría agregar Dextran (10 cc x kg en 24 horas).

Mantener circulación periférica en pacientes con quemaduras circunferenciales en extremidades.

Signos clínicos de dificultad circulatoria. Incluyen:

Cianosis

Llenado capilar lento

Escarotomía

No es necesaria anestesia

Incisión en cara medio - lateral o medio - medial de la extremidad

Incisión a través de articulaciones comprometidas

Incisión sólo hasta permitir que se separen bordes de la escara

Fasciotomía: Sólo cuando la lesión comprometa tejidos subfasciales.

Intubación Nasogástrica

Con succión si hay náuseas, vómitos o distensión abdominal o si las quemaduras son extensas (más de 15%)

En quemados extensos, prevención úlcera gástrica con Ranitidina 5 mg/kg/día.

Analgesia

Según necesidad.

Profilaxis antitetánica en caso necesario

Uso de antibióticos profilácticos las primeras 24 a 48 horas no tiene beneficios.

Sólo se seleccionará gérmenes de mayor poder patógeno.

El diagnóstico de infección se debe hacer con biopsia bacteriológica. El estudio histológico indicará si existe o no invasión de microorganismos en tejido sano.

Tratamiento local inicial

Limpiar y desbridar con suero fisiológico todo tejido desprendido y desvitalizado
Cubrir quemaduras con apósito estéril seco o sábana limpia.

Terapia local

Se puede usar moltopren (poliuretano) o DuoDERM ® aplicados sobre la zona quemada y encima colocar un apósito estéril.

No es conveniente usar antisépticos tópicos ya que no previenen la infección y constituyen un riesgo para la vitalidad de los tejidos.

Cuidados de enfermería en pacientes con quemaduras

Limpieza de la quemadura: es probablemente la parte más importante en el cuidado de las heridas y se debe hacer con agua y jabón o con suero fisiológico.

- Se debe limpiar la quemadura, eliminar la ropa y los posibles cuerpos extraños adheridos.
- Lavar la quemadura con solución salina al 0,9% o con agua y jabón. Puede realizarse lavado a chorro o con una jeringuilla.
- Secar la quemadura con gasas estériles, aplicando posteriormente una solución antiséptica diluida con suero fisiológico.
- A continuación se realizará el tratamiento local según el tipo de quemadura.

Quemaduras por Inhalación

Es raro el daño por calor directo en la vía aérea al inhalar aire caliente.

Generalmente ocurre por el contenido gaseoso y de partículas de aire (óxido de azufre y nitrógeno). El mayor daño es causado por los compuestos

químicos producidos por la combustión (alfombras, revestimientos) en el caso de un incendio.

Los componentes cáusticos del humo producen una reacción inflamatoria local, en la vía aérea, separándose el epitelio ciliado de su membrana basal. Así se forman moldes bronquiales que pueden ser expectorados o causar obstrucción bronquial.

En general las quemaduras por inhalación son graves y su tratamiento requiere uso precoz de ventilación mecánica.

Quemaduras Eléctricas

Los niños rara vez están expuestos al shock eléctrico por alto voltaje (> 1,000 volts). La mayor parte de las quemaduras eléctricas en ellos, son producto de la corriente del hogar.

Los casos más severos ocurren cuando la piel es expuesta a cables eléctricos. El paso de la corriente a través de los tejidos puede generar intenso calor y producir lesiones en órganos internos, además de la quemadura local en el punto de entrada.

Una de las peores injurias que pueden ocurrir a un niño es la quemadura eléctrica de los labios cuando se introducen un enchufe en la boca. Estas lesiones pueden comprometer el espesor completo del labio, incluso la mucosa oral y pueden requerir de cirugía plástica para su reparación. El peligro es que la zona necrótica central se extienda a la arteria labial.

El sangramiento puede ser severo y brusco, al caer la escara, aproximadamente a la semana de ocurrido el accidente. En estos casos es necesario instruir a los padres para que compriman la zona labial del niño, con dos dedos mientras llegan al servicio de urgencia.

Prevención

Las quemaduras pediátricas constituyen una catástrofe que afecta no sólo al niño sino a todo el grupo familiar.

El riesgo vital para el pequeño en ocasiones, es altísimo. En los sobrevivientes, las secuelas funcionales, estéticas y psíquicas son la consecuencia esperada.

Los costos financieros del tratamiento de un niño quemado tanto agudo como el de las secuelas son elevadísimos. Habitualmente los más afectados son los grupos sociales más desposeídos.

Lo más desalentador de toda esta situación es que la enorme mayoría de estos accidentes pueden ser evitados. Un ejemplo evidente lo constituyen los fuegos artificiales.

Si bien los progresos en el rescate y manejo de las quemaduras son estimulantes, el tratamiento más efectivo es y seguirá siendo la **prevención**. Con respecto a esta última, la educación pública es una de las responsabilidades ineludibles de cualquier miembro del equipo de salud que maneje este tipo de lesiones. Es allí donde debiera ser puesto el énfasis en la pediatría del futuro.

Definición de Términos Básicos

Quemadura:

Lesión térmica o química de los tejidos. Puede estar producida por líquidos calientes, por la acción directa de una llama, por contacto con cuerpos calientes, por productos químicos cáusticos, por electricidad, o por radiaciones electromagnéticas (rayos X, radiaciones nucleares,...). La piel se quema por exposición a temperaturas superiores a 50 °C durante más de cinco minutos.

Lactante Menor:

Período de vida comprendido entre los 30 días de edad y el final del primer año.

Lactante Mayor:

Período de vida comprendido entre los 12 meses de edad y hasta los 23 meses de vida.

Preescolar:

Período de vida comprendido desde los 2 años de edad hasta el final de los 6 años.

Escolar:

Período de vida comprendido desde los 7 años de edad hasta el final de los 11 años.

4. CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados anteriormente presentados y discutidos, se puede concluir que:

- La actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños en el área de Quemados del hospital Roberto Gilbert Elizalde, es en un 53% favorable mientras que un 10% está en desacuerdo lo cual podría influir negativamente en el tratamiento integral del niño quemado con dolor ,por lo tanto, en su proceso de recuperación con calidad y calidez en la atención de enfermería.
- La actitud de la enfermera hacia el dolor característico que experimentan los niños (a) con quemaduras, está totalmente de acuerdo un 47% y en desacuerdo en un 10%.
- La actitud de la enfermera según el contacto frecuente hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras lo hace ver rutinario, en un 53% está de acuerdo, y17% de enfermeras está en desacuerdo con la pregunta cuestionada.
- Y la actitud de la enfermera frente a un protocolo de atención a niños (a) quemados con dolor Mecanizaría su trabajo el 47% está de acuerdo, mientras que un 40% está totalmente de acuerdo y solo un 7% de dicho personal está en desacuerdo.

5. RECOMENDACIONES

- Estudiar los factores que influyen en la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras.
- Realizar estudios de investigación sobre métodos de evaluación del dolor en niños quemados.
- Estudiar sobre los resultados de la aplicación del tratamiento farmacológico y no farmacológico que aplica la enfermera en el tratamiento del dolor de niños quemados.
- Realizar estudios que evalúen cómo afronta el personal de salud el manejo del dolor de niños con quemaduras.
- Promover el desarrollo de actitudes positivas en el personal de Enfermería ante el dolor del niño quemado, a través de la capacitación al personal, apoyo por especialistas.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Montes A., Arbonés E., Planas J., Muñoz E. Y Casamitjana M. (2008), Los Profesionales Sanitarios Ante El dolor: Estudio Transversal Sobre La Información, La evaluación Y El Tratamiento.
2. Fernández – Galinski D. L. (2006) Conocimientos Y Actitudes Depacientes Y Personal Sanitario Frente Al Dolor Postoperatorio.
3. Collao, Carmen (2002) Actitud Del Personal De Enfermería Hacia El Niño con Dolor. Chile- Noviembre 2001-Enero 2002.
4. Tovar, Ana María (2005), "Colombia Médica", Volumen 36 - N ° 4, Suplemento Numero 3 Dolor de los Niños.
5. Ludeña Palacios, Lorena (2007) Estilos De Comunicación Que Establece la Enfermera Según Opinión De Los Padres De Niños quemados Del Insn-2006.
6. Melgarejo Solis, Gianina Lissette (2006) Nivel De Conocimientos Y Su relación Con Las Actitudes De Los Padres De Familiar aspecto A Su Participación En La Atención Del Niño hospitalizado En El Servicio De Quemados Del Instituto especializado De Salud Del Niño Enero-Febrero 2006.
7. WOLKAN, MV. Aspectos Médicos y Sociales de la Prevención y Tratamiento de los Accidentes. 5ª. ed. Washington: Mosby, 2003. pp. 316-320.
8. RAMÍREZ, C. Manejo de Quemados. 2ª. ed. Bogotá: Ordóñez, 2004. pp. 25-27.

9. BERROCAL, M. Análisis Estadístico de Pacientes Asistidos a la Consulta de Urgencia del Hospital Universitario de Cartagena. Cartagena - Colombia: Iberoamericana, 1998. pp. 45-47.
10. MEIERS, S. Farm Accidents in Children. *Pediatric Surgery*. England. 36(5): 726-9. 2001
11. REAL, L. Quemaduras en Niños Reflejan un Drama Social. http://www.telegrafo.com.ec/diversidad/noticia/archive/diversidad/2009/03/02/Quemaduras-de-ni_F100_os-revelan-un-drama-social.aspx 20090307
12. SAAVEDRA, R. Quemaduras en Niños por Volcamiento de Cocina. 2ª. ed. Santiago de Chile: Universitaria, 2001. pp. 121-127.
13. MAYOL, G. Tratamiento de las Quemaduras en Pediatría. http://74.125.113.132/search?q=cache:ov0sdS8GpSkJ:www.aeped.es/protocolos/urgencias/23.pdf+quemaduras+en+pediatria&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&lr=lang_es 200401
14. ALFARO, M. Quemaduras. Documento PDF. <http://www.binasss.sa.cr/quemaduras.pdf> 200306
15. AGUAYO, B. Manejo Inicial de las Quemaduras. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41061999000400014&script=sci_arttext 199907 44
16. KEISTING DURRWACHTER, G. Accident in Preschool Children in the Boblinge District Accident Causes and Risk Group. *Gesundheitsweswn*. England. 63(5): 335-42. 2001

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, G. Temas de Guardia Médica. 3ª. ed. La Habana: Ciencias Médicas, 2006. pp. 265-266.

ANDRONICUS, M. Accidental burns in children. American College of Surgery. United States. 25(3): 242-246. 2001

ARLAES YERO, L. Factores de Riesgo Asociados a los Accidentes del Hogar. Revista Cubana de Pediatría. 14(6): 581-85. 2000.

BELISARIO, A. Pediatría. 5ª. ed. Buenos Aires: Panamericana, 2002. pp. 2628-2636.

BELL, G. Cirugía Pediátrica. 3ª. ed. Holguín - Cuba: Pueblo y Educación, 2000. pp. 215-218.

CAPON DEGAIDIN, M. Facial Burns in Children. Ann Chir Esther. Canada. 46(3): 190-5. 2002. 45

CARVAJAL, H. Quemaduras: estadísticas 2007 Hospital Baca Ortiz. <http://www.burnfree.com.mx/Information/Main.aspx?IdInformation=320070531>

CHIRIBOGA, E. Pediatría Clínica en la Práctica Médica. 3ª. ed. Quito: Edimec, 1997. pp. 401-405.

CORRARINO, JE. Does Teaching Scald Burn Prevention to Families of Young Children Make a Difference. Journal Pediatric Nurse. United States. 16(4): 256 -262. 2001.

DE CASTRO AGUILAR, Z. Estudio de Algunas Variables Relacionadas con Accidentes por Quemaduras. Revista Cubana de Cirugía. 74(3): 56-61. 2003.

DEL SOL, A. Las Quemaduras y sus Diferentes Aspectos. Madrid: Elsevier, 1997. pp. 270-273.

FERRADA, R. Manejo del Paciente Quemado Grave. 4ª.ed. Bogotá: Ordoñez, 2002. p. 235.

GIANANTONIO, C. Cuando la piel es urgencia. Quemaduras en Pediatría. http://74.125.113.132/search?q=cache:u9kDo0ZtQm8J:www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/cursos_attachs/1465/12_2b.ppt+quemaduras+en+pediatria&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=ec&lr=lang_es 20090302

GRABOWSKI, S. Principios de Anatomía y Fisiología. 9ª. ed. México: Oxford, 2000. pp. 143-148. 43

GUERRERO, D. Los Accidentes del Hogar por Quemaduras en la Edad Pediátrica. 4ª. ed. La Habana: Ecimed, 2000. pp. 75-87.

JORDAN, J. Los Accidentes son un Problema de Salud. 3ª. ed. La Habana: Ecimed, 1990. pp. 165-167.

KATCHER, ML. Tap Water Scald Prevention. Atlanta: Hartcourt, 2001. pp. 176-80.

KRISCHBAUM, M. Quemaduras y Cirugía Plástica. 2ª. ed. La Habana: Pueblo y Educación, 1996. pp. 8-9.

LEONARDI, D. Child Burn: Accident, Neglect or Abuse. Burns Surgery. United States. 25(1): 69- 71. 2004.

LYUCHUGGSSON, P. Pediatric Burn in Ireland in 1982-1995. Journal Burns. Ireland. 25(2): 149 -151. 2005.

MARTÍNEZ COBAS, I. Morbimortalidad en la Provincia Holguín Julio-Diciembre 2004. Revista Científica Médica de Cuba. 12(1): 24-8. 2005.

NELSON H. Tratado de Pediatría. 16ª.ed. Mexico: McGraw Hill, 2001. pp. 233-238.

PATIÑO, JF. Lecciones de Cirugía. Bogotá: Panamericana, 2001. pp. 218-222.

PAXMAN, JM. Accident Prevention in Laws and Policies Affecting Adolescent Health. 5ª.ed. Atlanta: Geneva, 1998. pp. 281-287.

RALSTON, D. Cooking and Oxygen an Explosive Recipe. Austfam Physician. United States. 30(2): 138-40. 2005.

SCHNAIDERMAN, D. Quemaduras en Pacientes Pediátricos. Bariloche - Argentina: Panamericana, 2003. pp. 171-174.

SIMON, M. Secuelas por Quemaduras. 2ª. ed. La Habana: Pueblo y Educación, 1996. pp. 193-196.

VARGAS, E. Medicina Legal. 2ª. ed. Buenos Aires: Trillas, 2002. pp. 217-219.

WARRINGTON, SA. Accidents and Resulting Injuries in Premorbid Infants. AANS Annual Meeting. United States. 85(2): 104-107. 2004.

YTTERSTAD, B. Haisted Injury Prevention Study. Medical Prevention. Canada. 4(3): 176-181. 2003.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CATOLICA
 DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE PAUL**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE TESIS Y OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES	MESES																					
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO	
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S4
SELECCIÓN DEL TEMA	→																					
DESARROLLO DEL TEMA	→																					
CORRECCION DE PROPUETA				→																		
DESIGNACION DE TUTOR							→															
ENTREVISTA CON EL TUTOR ASIGNADO								→														
ELAVORACION DEL MARCO TEORICO CON TUTOR											→											
CORRECCION DEL MARCO TEORICO CON TUTOR												→										
FORMULACION DE PREGUNTAS PARA LA ENCUESTA CON TUTOR															→							
REALIZACION DE ENCUESTA EN EL LUGAR DE ESTUDIO Y TABULACION																→						
ELABORACION DEL BORRADOR DE TESIS CON TUTOR																			→			
ENTREVISTA FINAL CON EL TUTOR DE TESIS Y APROBACION																				→		
PRESENTACION DEL PRIMER BORARDOR EN LA UNIVERSIDAD																						→
ASIGNACION DEL PRIMER Y SEGUNDO LECTOR																						→
APROBACION DE TESIS																						→
SUSTENCION DEL TEMA DE TEIS																						→

AUTORA: MERCEDES SOTO RODRIGUEZ

TUTORA: LCDA. NANCY ARREAGA REYES.



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA



Teléfonos:
2200506 2200295
Ext. 1816 - 1818
Guayaquil-Ecuador

FIRMA: _____
HORA: _____

HOSPITAL DE NIÑOS
DR. ROBERTO GILBERT E.
SECRETARÍA DE DOCENCIA
RECIBIDO

29 MAY 2013

FIRMA: _____

HORA: _____

Guayaquil, mayo 27 de 2013

Dr.
Enrique Valenzuela
Director
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
En su Despacho.-


De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a usted, la realización de encuestas y trabajo de titulación para la Srta. **Soto Rodriguez Mercedes Jacqueline** estudiante de del Octavo Ciclo, para el Trabajo de Titulación con el tema de "Técnicas de manejo del dolor en niños con quemaduras atendidos en la unidad de quemados del Hospital Pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

Por la atención que otorgue a la presente, le anticipo mis agradecimientos

Atentamente,


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lda. Angella Mendoza Vinas
Directora (e)

HOSPITAL DE NIÑOS
DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE

Dr. Alfredo Robalino P.
JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Dra. Leonor Vera
Dra. Mariana Agurto

cc. Lda. Leonor Vera - jefe de enfermería
Lda. Mariana Agurto - Coordinadora de Quemado
CVG



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA



Lcda.
Nancy Arreaga
Docente
Carrera de enfermería
Ciudad.-

De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada como tutor de trabajo de graduación del estudiante **Soto Rodríguez Mercedes Jacqueline** con el tema de "Técnicas de manejo del dolor en niños con quemaduras atendidos en la unidad de quemados del Hospital Pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" desde marzo hasta mayo de 2013".

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lcda. Angélica Mercedes Viquez
Directora (e)

Teléfono:
2200906 2200286
Ext. 1817 - 1818
Guayaquil-Ecuador

Cvg/AMV

3/07/2013

Lcda. Nancy Arreaga Reyes Msc
JEFE DE ENFERMERAS
HOSPITAL REG. DR. T.M.C.

Licenciada
Angela Mendoza Vincas
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERIA
Presente:



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACION DE TUTORA

En calidad de Tutora de Tesis de Grado del Trabajo Titulado: MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DESDE MARZO A JUNIO DEL 2013. Realizado por la Srta. Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero **APROBADO.**

Atentamente,

Lcda. Nancy Arreaga Reyes
Tutora de Tesis



Certificado No. CQE-1497



**CARRERA
DE
ENFERMERIA**

www.ucsg.edu.ec
Aparado 09-01-4671

Teléfonos:
2200952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-315-2013

Guayaquil, 12 de julio del 2013

**LICENCIADA
OTILIA GÓMEZ**
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", le comunica a usted que ha sido designada como Primera Lectora del trabajo de titulación de la Sra. Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez, con el tema **"MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DESDE MARZO A JUNIO DEL 2013"**.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Ángela Mendoza Vinos
Directora (e)

Lcda. Ángela Mendoza
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Pamela



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

Guayaquil, 1 de Agosto del 2013



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

H.C.T.A

01 AGO 2013

9:32

RECIBIDO

Licenciada
Ángela Mendoza Vines
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
Presente

De mis consideraciones:

En calidad de Primera Lectora de Tesis de Grado del Trabajo Titulado:
MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD
DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT
ELIZALDE DESDE MARZO A JUNIO DEL 2013. Realizado por la Srta.
Mercedes Jacqueline Soto Rodriguez.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y
comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final
esto considero **APROBADO.**

Atentamente,



Lcda. Otilia Gómez C.
Primera Lectora de Tesis



Certificado No. CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Aparado 09-01-4671

Teléfonos:
2206962 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-399-2013

Guayaquil, 01 de agosto del 2013

**LICENCIADA
LAURA MOLINA
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica Santiago de Guayaquil**

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", le comunica a usted que ha sido designada como Segunda Lectora del trabajo de titulación de la Sra. Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez, con el tema **"MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DESDE MARZO A JUNIO DEL 2013"**.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,


UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

**Lda. Angela Mendoza
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA**

AM/Pamela



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

Guayaquil, 6 de Agosto del 2013


Licenciada
Ángela Mendoza Vines
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
Presente

De mis consideraciones:

En calidad de Segunda Lectora de Tesis de Grado del Trabajo Titulado:
MANEJO DEL DOLOR REALIZADO A NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD
DE QUEMADOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT
ELIZALDE DESDE MARZO A JUNIO DEL 2013. Realizado por la Srta.
Mercedes Jacqueline Soto Rodríguez.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y
comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final
esto considero **APROBADO.**

Atentamente,


Lcda. Laura Molina
Segunda Lectora de Tesis



**Escuela de enfermería “San Vicente de Paul”
Alumna: Mercedes Soto Rodríguez
Ciclo: Octavo Ciclo Programa Alternativo
Encuesta para la realización de tesis y la obtención del título en
Licenciada en Enfermería**

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con una cruz (+) o con una equis (x) la respuesta que usted considere adecuada o correcta. Por cada ítem encontrará 5 posibilidades de respuesta, pudiendo elegir sólo una:

1. ¿Me conmuevo demasiado ante el dolor de un niño (a) quemado?

- a) Totalmente de acuerdo (16)
- b) De acuerdo (5)
- c) Indeciso (4)
- d) En desacuerdo (3)
- e) Totalmente en desacuerdo (2)

2. ¿No siempre es del todo fidedigna la referencia de dolor de los niños (a) con quemaduras?.

- a) Totalmente de acuerdo (18)
- b) De acuerdo (5)
- c) Indeciso (1)
- d) En desacuerdo (2)
- e) Totalmente en desacuerdo (4)

3. ¿Piensa usted que se necesita de estrategias cognitivas para calmar el dolor en niños con quemaduras?

- a) Totalmente de acuerdo (4)
- b) De acuerdo (17)
- c) Indeciso (3)
- d) En desacuerdo (4)
- e) Totalmente en desacuerdo (2)

4. ¿Concibo al dolor en niños (a) como una experiencia subjetiva, individual, aprendida con manifestaciones claras en la conducta?.

- a) Totalmente de acuerdo (12)
- b) De acuerdo (6)
- c) Indeciso (4)
- d) En desacuerdo (6)
- e) Totalmente en desacuerdo (2)

5. ¿Pienso en mi hijo o un sobrino cuando estoy atendiendo a un niño (a) con dolor por quemaduras?.

- a) Totalmente de acuerdo (6)
- b) De acuerdo (14)
- c) Indeciso (5)
- d) En desacuerdo (4)
- e) Totalmente en desacuerdo (1)

6. ¿Considero que el dolor característico en niño (a) quemados de IIº y IIIº es de tipo sordo, agudo, continuo y bien localizado?.

- a) Totalmente de acuerdo (14)
- b) De acuerdo (8)
- c) Indeciso (4)
- d) En desacuerdo (3)
- e) Totalmente en desacuerdo (1)

7. ¿El contacto frecuente con el dolor de los niños (a) quemados me hace verlo como algo rutinario?.

- a) Totalmente de acuerdo (3)
- b) De acuerdo (16)
- c) Indeciso (3)
- d) En desacuerdo (5)
- e) Totalmente en desacuerdo (3)

8. ¿Pienso que el estado hipercatabólico, el aumento de catecolaminas y retraso en la curación de heridas son a causa del dolor?.

- a) Totalmente de acuerdo (18)
- b) De acuerdo (5)
- c) Indeciso (2)
- d) En desacuerdo (3)
- e) Totalmente en desacuerdo (2)

9. ¿Mi primera acción ante el dolor del niño (a) quemado es el tratamiento farmacológico antes que el tratamiento psicológico?.

- a) Totalmente de acuerdo (12)
- b) De acuerdo (11)
- c) Indeciso (2)
- d) En desacuerdo (3)
- e) Totalmente en desacuerdo (2)

10. ¿Considero que los niños (a) quemados de II y IIIº grado sienten menos dolor debido a su sistema nervioso inmaduro?.

- a) Totalmente de acuerdo (15)
- b) De acuerdo (12)
- c) Indeciso (1)
- d) En desacuerdo (1)
- e) Totalmente en desacuerdo (1)

11. ¿Pienso que la percepción del dolor en niño (a) está influenciada por factores ambientales, psicológicos, cultural y conductual de sus padres?

- a) Totalmente de acuerdo (20)
- b) De acuerdo (6)
- c) Indeciso (2)
- d) En desacuerdo (1)
- e) Totalmente en desacuerdo (1)

12. ¿Me es complicado y tedioso entablar una relación empática con un niño (a) con dolor por quemaduras?.

- a) Totalmente de acuerdo (8)
- b) De acuerdo (12)
- c) Indeciso (4)
- d) En desacuerdo (4)
- e) Totalmente en desacuerdo (2)

13. ¿Considero que las escalas para la evaluación del dolor son difíciles de aplicar, insuficientes y tediosas en niños (a) con quemaduras?.

- a) Totalmente de acuerdo (8)
- b) De acuerdo (17)
- c) Indeciso (1)
- d) En desacuerdo (2)
- e) Totalmente en desacuerdo (2)

14. ¿Pienso que un protocolo de atención al niño (a) quemado con dolor “mecanizaría” mi trabajo?.

- a) Totalmente de acuerdo (12)
- b) De acuerdo (14)
- c) Indeciso (1)
- d) En desacuerdo (2)
- e) Totalmente en desacuerdo (1)

15. ¿Considero que los niños (a) reaccionan con intensa perturbación emocional y conductual ante el dolor por quemaduras?.

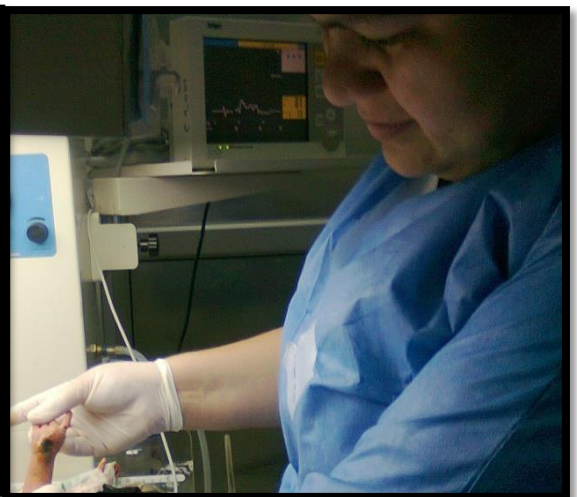
- a) Totalmente de acuerdo (15)
- b) De acuerdo (4)
- c) Indeciso (1)
- d) En desacuerdo (6)
- e) Totalmente en desacuerdo (4)

16. ¿Lo mejor es administrar diclofenaco (o ketorolaco) antes que un tramadol (o morfina) a un niño (a) con dolor por quemaduras?.

- a) Totalmente de acuerdo (20)
- b) De acuerdo (5)
- c) Indeciso (1)
- d) En desacuerdo (2)
- e) Totalmente en desacuerdo (2)

Gracias por su colaboración

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”
PROGRAMA ALTERNATIVO DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE CHARLAS QUE SE LE DIO A LAS MADRES EN LA SALA
DE ESPERA DE LA UNIDAD DE QUEMADO DEL HOSPITAL PEDIATRICO
DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**

JUSTIICACION

Con el presente programa se trata de justificar el desconocimiento que tienen las madres sobre cómo prevenir quemaduras a los niños por el cual se lleva a realizar este programa de prevención así como son: artefactos eléctricos, líquidos calientes, cocina etc....

1.- OBJETIVO.-

Educar a las usuarias que asisten a la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. Para que fortalezcan sus conocimientos en el cuidado que deben tener con sus niños para prevenir quemaduras.

2.- ESPECÍFICOS.-

Al finalizar las charlas, las usuarias estarán en capacidad de:

- Explicar el cuidado que debe tener el niño para evitar quemaduras.
- Explicar procedimientos en caso de que su hijo haya tenido alguna quemadura.
- Explicar las causas con las que se provocan las quemaduras.
- Explicar dónde debe acudir si su niño tiene alguna quemadura.

3.-RESPONSABLE.-

- **Interna:** Mercedes Soto.

4.- MATERIALES.-

- A.-Afiches
- B.-Trípticos.

5.- LÍMITES.-

- **TIEMPO.-** Las charlas duran de 15 a 20 minutos,
- **LUGAR.-** y se la da a las madres que se encuentran en la sala de espera de la unidad de Quemados del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

CONTENIDO.-

1.- VENTAJAS:

- a.- Conocimiento de las madres como prevenir que maduras.

EVALUACION.-

- Cuantitativas: El número de usuarias que asistieron en la charla en la sala de espera de la Unidad de Quemado fueron 10 usuarias (madres de los niños ingresados).
- Cualitativa: Se las hizo participar a las usuarias con preguntas al finalizar la charla.





**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**



TEMA

**Cuidados en el procedimientos estandarizado para
atender el manejo del dolor en niños con
quemaduras en el Hospital Doctor Roberto Gilbert.**

AUTORA

MERCEDES SOTO

AÑO

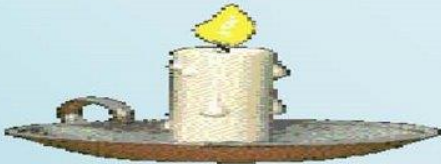
2013

Causas

Líquidos calientes



Las velas, encendedores



Jugar con la cocina



Jugar con la plancha caliente



Que hacer en quemaduras

Procedimiento: 1



Refrescar la quemadura con agua fría por un tiempo de 15 minutos.

Procedimiento: 2

No se deben de reventar las ampollas que aparezcan deben permanecer intactas



Procedimiento: 3

Envolver la parte afectada con un paño limpio si fuera necesario.





¿Qué se puede hacer para prevenir las quemaduras?

1. Supervise a los niños muy de cerca cuando estén cerca de fuegos, artículos calientes, y enchufes eléctricos.
2. Haga instalar alarmas de humo en su casa.
3. Tenga un extintor de incendios disponible en su casa.
4. Ajuste el calentador de agua en 120° F o menos.
5. Enseñe a niños parar, caer y rodar.
6. Si una persona está prendiendo de fuego, sofoque el fuego con una manta u otro artículo de ropa.

¿Qué puede hacer?

Quemadura de primer grado. Aparece enrojecimiento de la piel y dolor. Es la típica quemadura producida por la exposición excesiva al sol. Aplique compresas de agua fría o sumerja la parte afectada en agua fría limpia hasta que pase el dolor. Cubra la quemadura con una venda estéril no adhesiva o con una toalla limpia. Si no aparecen ampollas, aplíquese lociones o aceites hidratantes varias veces al día.

Quemaduras de segundo grado. Producen ampollas que pueden romperse, fuerte enrojecimiento de la piel y dolor. Aplique agua fría o compresas mojadas hasta que se calme el dolor. No sumerja en agua fría ampollas zonas del cuerpo quemadas. Seque la zona con una toalla limpia y cubrala con gasa estéril. No rompa ni pinche las ampollas. Tampoco aplique pomadas. Eleve la pierna o brazo quemado para reducir la hinchazón. Acuda al médico o a un servicio de urgencias.

Quemaduras de tercer grado. Esta quemadura penetra todo el espesor de la piel destruyéndola. A menudo la lesión no duele. La piel se ve seca y con apariencia de cuero o puede aparecer chamuscada o con manchas blancas o negras. Quite la ropa del área quemada excepto si está pegada a la piel. Cubra la quemadura ligeramente con una gasa estéril o una toalla limpia. No aplique pomadas. Eleve la pierna o brazo quemado para reducir la hinchazón. Si se marra, acuéscese y eleve los pies. Abriguese si nota frío. Acuda al centro de salud o al hospital.



QUEMADURAS

Las quemaduras son un tipo de lesión causada por energía térmica, eléctrica. La mayor parte de los accidentes que provocan quemaduras ocurren en el hogar.



QUEMADURAS

Las quemaduras causadas por incendios u otras fuentes de calor comprenden desde quemaduras leves hasta quemaduras potencialmente mortales. Algunas quemaduras pueden ser tratadas en casa; otras necesitan atención médica de emergencia.

Tipos de quemaduras



- Las quemaduras de primer grado, causadas normalmente por el breve contacto con una fuente de calor, pueden provocar enrojecimiento, dolor e inflamación.
- Las quemaduras de segundo grado son más graves y generalmente provocan ampollas y un enrojecimiento más intenso.
- Las quemaduras de tercer grado son las más profundas y es posible que no provoquen dolor debido a la lesión de las terminaciones nerviosas.



Dirigido a las Enfermeras

1. Quite la ropa del área quemada, excepto la que haya quedado pegada a la piel.
2. Aplique agua a temperatura normal (no fría) sobre la quemadura hasta que disminuya el dolor.
3. Aplique suavemente un vendaje de gasa si se trata de una quemadura pequeña de primer grado.
 - se trata de una quemadura de segundo o tercer grado
 - el área quemada es extensa (cubra el área con una toalla o un paño limpio y suave)
 - la quemadura fue causada por un incendio, un enchufe o cable eléctrico, o productos químicos
 - la quemadura afectó la cara, el cuero cabelludo, las manos o los genitales
 - la quemadura parece infectada (presentando inflamación, pus o un enrojecimiento cada vez mayor o líneas rojas en la piel cerca de la herida)

¡Piense en la importancia de la prevención!

Usted puede ayudar a evitar las quemaduras teniendo cuidado al usar velas, estufas y pinzas para rizar el cabello y prohibiéndole a los niños pequeños que jueguen en la cocina mientras alguien está cocinando.

Autora: Mercedes Soto