

DEDICATORIA

ANA VIRGINIA MENDEZ SONTAY

Primeramente gracias a Dios quien me dio fuerzas para no rendirme a un sueño que siempre he querido sacar adelante desde pequeña, el siempre estuvo presente en esos momentos que no había nadie que me apoyara siempre agradeciendo a Dios que me dio esa confianza y ganas de terminar una meta que estoy logrando poco a poco, donde siempre me bendecía en todos los momentos de mi vida en las metas trazadas a lo largo de mi vida.

A MI MADRE

Gracias a mi madre CRISPULA MENDEZ SONTAY por darme vida, por todo su amor incondicional que me ha brindado, por enseñarme a trabajar duro para ser alguien en la vida, por ver la vida que todo se puede alcanzar, por enseñarme las dos vidas que podemos vivir trabajando duro día a día para cumplir mi sueño. Y nunca rendirme nunca.

A MI HERMANA

Gracias a mi hermana ANA CRISTINA MENDEZ SONTAY por estar en los momentos de desesperación, en los momentos de rendirme en mi sueño, por darme consejos de luchar para cumplir mí meta, por darme mucho ánimo en todo momento.

MÓNICA YAKELIN SÀNCHEZ LUCAS

A Dios primeramente por haberme brindado la oportunidad de estar en vida, por tener a mis seres queridos cerca de mí, por haberme dado la sabiduría a lo largo de la Carrera, por ser lo más importante en mi vida y por ser guía espiritual. Por acompañarme en todo momento de mi vida, en mis tristezas y alegrías más que nada a Dios le doy gracias, por ayudarme a culminar este sueño.

A MIS PADRES:

Por darme todo el apoyo no solo económico sino también su apoyo moral y su amor.

A quienes nunca poder pagar por su esfuerzo, por su amor, por darme lo que necesito. Por instruirme en los caminos de Dios y ser una buena persona.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Gracias mis amigas por la paciencia, desempeño, dedicación a esta investigación donde llevo bonitos recuerdos y aprendizajes nuevos de ellas ANA VIRGINIA MENDEZ SONTAY y CELINA AGUILAR RODRIGUEZ.

A LA UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Por permitirme estudiar, obtener los conocimientos necesarios y culminar mi carrera en tan distinguida Institución.

CELINA AGUILAR RODRIGUEZ

Quiero dedicar esta tesis más que nada a Dios por permitirme culminar con éxito mi tan anhelada carrera, darme buena salud y fortaleza en todo momento.

A mi padre que sin él no hubiera logrado una meta más en mi vida, a mis hermanos por brindarme su apoyo moral y entusiasmo en cada momento para lograr mi propósito.

A MI HIJA

Samantha que ha sido mi inspiración para realizar este proyecto , ya que a pesar que a echo que mi tiempo se acorte por estar junto a ella, pero en su momento ella podrá enorgullecerse de su mami por ser una profesionista a pesar de cada tropiezo obtener las mejores cosechas gracias mi pequeña.

A MIS MAESTROS

Por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos ya que sin su instrucción profesional no habría llegado a este nivel. Quienes brindaron dedicación al impartir su catedra de tal forma que lo aprendido sea utilizado en la vida real, por el apoyo brindado Gracias.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS

Anita y Mónica que de igual manera se esforzaron para poder lograr nuestro proyecto y generar una amistad muy linda, aunque en su momento llegábamos a un nivel de estrés donde creíamos no lograrlo pero aprendimos a tener un buen control de nuestras emociones. Gracias compañeritas.

INDICE

INTRODUCCIÒN	7
CAPITULO I	10
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 DESCRIPCIÒN DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÒN DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.3 OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	¡Error! Marcador no definido.
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	¡Error! Marcador no definido.
1.4 HIPOTESIS	¡Error! Marcador no definido.
1.5 JUSTIFICACIÒN	¡Error! Marcador no definido.
1.6 DELIMITACIÒN DEL ESTUDIO	14
CAPITULO II	15
2. MARCO DE REFERENCIA	15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÒN.....	18
2.2 MARCO TEORICO.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1 DEFINICIÒN.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2 ETIOLOGIA.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3 FISIOPALOGIA	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4 FACTORES DE RIESGO EN LAS QUEMADURAS EN NIÑOS ¡Error! Marcador no definido.	
2.2.5 CLACIFICASIÒN.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.1 PROFUNDIDAD DE QUEMADURAS	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.2 QUEMADURA DE PRIMER GRADO	¡Error! Marcador no definido.

2.2.5.3 QUEMADURA DE ESPESOR PARCIAL (SEGUNDO GRADO)	
¡Error! Marcador no definido.	
2.2.5.3.1 Segundo Grado Superficial:	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.3.2 Segundo Grado Profundo:.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.4 QUEMADURAS DE ESPESOR COMPLETO (TERCER GRADO)	
¡Error! Marcador no definido.	
2.2.5.5 EXTENSIÓN QUEMADURAS	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.5.1 Tabla de Lund y Browder:	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.5.2 Regla de los nueves (Wallace):...	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.5.3 Método Palmar:	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6 DIAGNOSTICO	¡Error! Marcador no definido.
2.2.7 TRATAMIENTO.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.8 PREVENCIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.8.1 Prevención primaria	¡Error! Marcador no definido.
2.2.8.2 La prevención secundaria	¡Error! Marcador no definido.
2.2.8.3 La prevención terciaria	¡Error! Marcador no definido.
2.9 MARCO CONCEPTUAL	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO III	¡Error! Marcador no definido.
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3.1.1 INVESTIGACION PURA	¡Error! Marcador no definido.
3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2 TIPOS DE ESTUDIO.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO	¡Error! Marcador no definido.
3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO	¡Error! Marcador no definido.

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO ¡Error! Marcador no definido.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN ¡Error! Marcador no definido.

3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL. ¡Error! Marcador no definido.

3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL ¡Error! Marcador no definido.

3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL ¡Error! Marcador no definido.

3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL ¡Error! Marcador no definido.

3.4 ENFOQUES ¡Error! Marcador no definido.

3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO ¡Error! Marcador no definido.

3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO ¡Error! Marcador no definido.

3.4.3 ENFOQUE MIXTO ¡Error! Marcador no definido.

3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN ¡Error! Marcador no definido.

3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL ¡Error! Marcador no definido.

3.6 MUESTRA..... ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1 TIPOS DE MUESTREO ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.1 PROBABILÍSTICO ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE..... ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.1.2 ESTRATIFICADO..... ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.1.3 SISTEMÁTICO..... ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.1.4 POR CONGLOMERADO ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS ¡Error! Marcador no definido.

3.6.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE ¡Error! Marcador no definido.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
¡Error! Marcador no definido.	
3.7.1 OBSERVACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3.7.2 ENCUESTA.....	¡Error! Marcador no definido.
3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	¡Error! Marcador no definido.
¡Error! Marcador no definido.	
3.8.1 CUESTIONARIO	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO IV	¡Error! Marcador no definido.
4. RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
¡Error! Marcador no definido.	
SUGERENCIAS	¡Error! Marcador no definido.
PROPUESTA	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFIA	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

Los niños son y viven en un mundo diferente al de los adultos, al avanzar el desarrollo, sus límites se expanden, su deseo de exploración es mayor, exponiéndolos a agentes peligrosos, que pueden causar lesiones diversas, entre ellas las quemaduras, la mejor manera de evitar los accidentes es sin lugar a duda el conocimiento de cuales son la causa, que tipo de accidentes son más frecuentes en la infancia y que medidas podemos establecer para intentar prevenirlos.

Las quemaduras en niños son un motivo de consulta y hospitalización frecuente, con considerables niveles de discapacidad y mortalidad, los mismos que han ido mejorando con el pasar del tiempo y con la implementación de nuevos tratamientos, prueba de ello es que, para la década de 1940, la mitad de los niños que sufrían una quemadura del 50% de superficie corporal quemada morían irremediamente, actualmente se ha logrado mejorar las supervivencia en la mitad de los niños que presentan hasta un 90% de superficie corporal quemada.

Las cifras nos hacen reflexionar cuando sabemos que aproximadamente un tercio de los 250.000 individuos hospitalizado y de los 6.000 que mueren por las quemaduras cada año en los EE.UU., son niños.

En los Estados Unidos cada año 2.500 niños mueren debido a las quemaduras y aproximadamente 10.000 sufren graves lesiones

permanentes. Estas cifras hacen que centremos nuestra atención principalmente en este subgrupo el niño quemado, a quien muchas veces parece ignorarse en las estadísticas

A nivel mundial las quemaduras en la infancia son una causa importante de morbilidad y mortalidad, representan la segunda causa de muerte, después de los accidentes de tráfico.

Según la OMS las quemaduras causadas por el fuego son la causa de muerte de cerca de 96.000 niños al año, y cuya tasa de mortalidad es 11 veces mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

Las quemaduras son un trauma prevenible, que compromete piel y/o mucosas y tejidos subyacentes, producida generalmente por la acción de agentes de tipo físicos, químicos y biológicos.

Se ha descrito varios factores de riesgo para que se produzca quemaduras en los niños, entre ellos: edad, sexo, y el descuido por parte de las personas que se encuentran a cargo de los menores.

Sin embargo a pesar de conocer algunos factores de riesgo no se han implementado programas de prevención para evitar quemaduras y cuando se las hace únicamente es en fechas festivas sin considerar los demás meses del año así como tampoco considerar otros agentes causales.

Como aún no se ha podido evitar este tipo de lesiones el objetivo de este trabajo es identificar los factores de riesgo que influyen en quemaduras en el hogar de niños y niñas con el propósito de crear un plan preventivo para evitar quemaduras y así mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

El presente trabajo de investigación ha sido elaborado en el marco del Plan de Estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad del Sureste, específicamente Campus de la Frontera, en Frontera Comalapa, Chiapas; con la finalidad de conocer los factores de riesgo en quemaduras en niños en nuestro país, puntualmente en este

municipio de Chicomuselo, para que derivado de los resultados obtenidos, sea posible la construcción de acciones preventivas de dicho problema

El trabajo se presenta en cuatro grandes capítulos, independientemente la información general relacionada a las dedicatorias, índice, introducción, sugerencias y/o propuestas, conclusión, anexos y la bibliografía.

Los cuatro capítulos antes referidos comprenden:

Capítulo I. Planteamiento del problema. En este apartado se exponen los datos relevantes que existen sobre el problema en distintos niveles, se definen las interrogantes que han de guiar la investigación, la idea central, el objetivo general, los objetivos específicos, la hipótesis, la justificación de la necesidad de investigar el tema en cuestión, así como la delimitación del estudio.

Capítulo II. Marco de referencia. Aquí se presenta información del tema a partir de un marco antropológico que ilustra los antecedentes del problema desde tiempos remotos; también encontramos un marco teórico donde podemos conocer las bases teóricas que sustentan nuestra tesis a partir de diversos autores; un marco legal que brinda los sustentos jurídicos y finalmente un marco conceptual que nos da luz en los distintos términos técnicos relacionados al tema y a nuestra profesión.

Capítulo III. Metodología. En este capítulo se habla del tipo de estudio y metodología aplicada en el proceso de investigación y de manera más concreta se muestran los instrumentos, características y procedimientos utilizados para obtener nuestra información documental y de campo.

Capítulo IV. Finalmente en este capítulo se muestran los resultados de la investigación, los análisis e interpretación de los datos en función a los cuadros y gráficas resultantes.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

FACTORES DE RIESGO DE LAS QUEMADURAS EN NIÑOS EN EL BARRIO LA PINTA, CHICOMUSELO, CHIAPAS

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

(Velazquez, 2012) Menciona:

Las quemaduras en la infancia son una causa importante de morbilidad y mortalidad, representan la segunda causa de muerte después de los accidentes de tráfico, por debajo de los 4 años y la tercera en los niños de 5 a 14 años. La mortalidad de las lesiones por quemaduras es muy alta en la niñez y depende del grado de afectación sistémica y el tipo de tratamiento instaurado durante el curso de la quemadura. En la década de los 40, el 50% de los niños que sufrían quemaduras de 50% del área de superficie corporal morían irremediablemente; en los últimos años, esa mortalidad ha disminuido y los niños con quemaduras de hasta 90% de superficie corporal tienen 50% de supervivencia.

Según la OMS las quemaduras causadas por el fuego son la causa de muerte de cerca de 96.000 niños al año, y cuya tasa de mortalidad es 11 veces mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. Las tasas más elevadas corresponden a los lactantes, mientras que los niños de 10 a 14 años presentan las menores tasas.

En 56 pacientes (33,13%) la causa fue el fuego directo, en 96 (56,8 %) por líquido hirviendo y en 17 (10,05%) por quemadura eléctrica de alto voltaje de corriente alterna. En éste mismo período se registraron 2 fallecimientos (1,18 %), que correspondieron al grupo de pacientes quemados por fuego directo. Durante el año 2011, 150 niños con quemaduras fueron atendidos en el Hospital Francisco de Ycaza Bustamante. Pero solo en diciembre

atendieron a 34 afectados por líquidos calientes, descargas eléctricas y por detonación de camaretas.

Durante el período Enero 2005- Julio 2008 se ingresaron 97 pacientes pediátricos con quemaduras de los cuales 58.8% pertenecieron al sexo 4 femenino y 41.2% al masculino, el grupo etario de mayor prevalencia fue de 1 - 4 años y el agente etiológico de predominio fueron los agentes físicos. En el período Agosto 2011- Agosto 2012 fueron atendidos en el servicio de Emergencia del HPGL 1554 niños con diferentes diagnósticos, de los cuales 72 niños tuvieron diagnóstico de quemadura. De los 72 niños con quemaduras, 50 niños que corresponde al 69% fueron hospitalizados, mientras que 14 pacientes presentaron quemaduras de primer grado por lo que solamente recibieron tratamiento ambulatorio, sin embargo 8 pacientes presentaron quemaduras graves por los que fueron transferidos a un Hospital de mayor complejidad.

Las quemaduras en las edades pediátricas son un problema de salud pública, aparte del riesgo de morir, éstas pueden dejar secuelas invalidantes, funcionales y estéticas, que causarán trastornos psicológicos, sociales, familiares y laborales serios durante toda la vida. El conocimiento de esta patología ya sea desde el punto de vista fisiopatológico o del diagnóstico adecuado determina el enfrentamiento inicial al niño quemado, que tiene como finalidad reducir al mínimo la cantidad de secuelas. Es importante considerar que son frecuentes las quemaduras por caídas sobre objetos calientes, como estufas y braseros, junto con el derramamiento de líquidos calientes sobre el niño como agua hirviendo y comida. La enorme mayoría de estas quemaduras ocurren en el hogar siendo resultado de lesiones prevenibles.

(SAAVEDRA, 2016) Describe:

Según la revisión de datos de admisión se encontró en 1975 una incidencia anual de hospitalización por esta causa de 27/100.000 habitantes en todas sus edades, y de 74/100.000 en menores de 5 años.

En Finlandia se estimó en esa misma década que 400/100.000 habitantes de la población general consultaban en el año por quemaduras, con una tasa de hospitalización de 35/100.000. En Santiago de Chile en 1993 se obtuvo una incidencia anual total de episodios de quemaduras de 1.930/100.000 habitantes y de 3.000/100.000 de quemaduras en niños menores de 15 años, en base a extrapolación de datos obtenidos de una encuesta a habitantes de 1000 viviendas elegidas aleatoriamente realizada en 12 comunas. El 22% en la población general acudió a un centro asistencial, tasa de 425/100.000 y el 1% requirió hospitalización, tasa de 19/100.000 habitantes. En los menores de 15 años el 35% consultó, tasa 1.031/100.000, y de ellos el 8,3% se hospitalizó, tasa de 87/100.000.

(Perez, 2016) Menciona:

El 52% de los casos diagnosticados corresponde al sexo femenino, con una distribución de edades entre 0 y 5 años, en el 72%. Existe desuso de la hoja de paciente quemado en el 60% de los expedientes clínicos. Para estimar la profundidad se emplea la clasificación de Fortunato Benaim y la de Cover Smith. Se usó líquidos endovenosos en el 78% de la población, aunque solo 5 casos cumplieron los criterios de fluidoterapia; la fórmula de Parkland es la más utilizada. En el 76% de los casos se empleó antibioticoterapia durante la hospitalización, pero solo para el 44,7% se registró la razón de su uso. La evolución de las quemaduras fue satisfactoria en el 90%. La media de revitalización clínica con obtención del 95% es de 5,1 días, y el promedio de estancia hospitalaria es de 7,76 días, para la población del estudio.

(Abad, 2011) Analiza:

Los niños son el 59,6% de los ingresados frente a 40,3% niñas; siendo la edad de más riesgo entre los 1 y 5 años, 205 casos. El 66% de ellos era remitido de otro hospital o centro de salud donde se les hizo la primera

cura. El 98,7% se había quemado en casa, siendo el lugar más frecuente la cocina, 51%. El agente causal en el 65,4% eran líquidos, especialmente agua caliente, hasta en 104 casos. Las zonas más afectadas son la cara (39,2%) y las extremidades superiores, siendo en 81% de segundo grado superficial o profundo. La extensión era de un 10 al 20% en el 19% de los pacientes, y con una superficie superior al 40% en el 0,2% de los niños. La estancia media de estos 362 niños fue de 17,47 días en nuestro hospital.

(Vèlez, 2021) Describe:

En México, cada año cerca de 13 mil personas sufren algún tipo de quemadura, de las que más de mil ocurren en población infantil, lo que sitúa a nuestro país en un nivel intermedio de ocurrencia de casos en países desarrollados y en vías de desarrollo.

Hasta hace pocos años la probabilidad de sanar quemaduras graves en más de 60% del cuerpo, era apenas del 40% porque el tratamiento dependía de esperar a que la piel quemada se desprendiera por si sola y realizar injertos de piel sana tres semanas después aseguró que el avance tecnológico y la atención multidisciplinaria permite mejorar la supervivencia y calidad de vida de niños que sufren quemaduras graves y que hasta 90 % de ellos se recupere luego de una intervención quirúrgica. Nueve de cada diez casos de quemaduras en infantes son por escaldaduras, es decir, por líquidos calientes como el agua, aceite y alimentos preparados. El resto son ocasionadas por fuego directo, descargas eléctricas o por contacto con químicos. Las quemaduras más comunes en menores de diez años son por escaldadura y en mayores de esa edad, por escaldadura y fuego. Las zonas más afectadas son la cara, manos y antebrazos.

(Escudero, 2020) Descifra:

Las cifras de niñas y niños que sufren quemaduras en la entidad no han disminuido, por el contrario, van en aumento, indicó la delegada en Chiapas de la Fundación Michou y Mau. En el año 2016 fueron ingresados 362 niños entre 0 y 14 años con superficie quemada de más del 10%, localización crítica (manos, cara, cuello, zonas de flexión), agente causal (electricidad, químico) o situación social, de este estudio se obtuvieron los siguientes resultados: los niños fueron el 59,6% de los ingresados frente a 40,3% niñas; siendo la edad de más riesgo entre los 1 y 5 años, 205 casos. El 98,7% se había quemado en casa, siendo el lugar más frecuente la cocina con un porcentaje de 51%.

El agente causal en el 65,4% eran líquidos, especialmente agua caliente, hasta en 104 casos. Las zonas más afectadas fueron la cara (39,2%) y las extremidades superiores, siendo en 81% de segundo grado superficial o profundo. Se llegó a la conclusión de que la mayoría de los accidentes ocurren en el domicilio, en concreto en la cocina, con líquido caliente, y en niños entre 1 y 5 años de edad, además los autores afirman que evitando este mecanismo se reduciría drásticamente las cifras de quemaduras. Las quemaduras son las culpables del trauma más serio y devastador que le puede suceder a un ser humano. Más o menos nueve millones de personas quedan incapacitadas cada año en el mundo debido a las quemaduras. La mayoría de ellas se producen por calor: llamas, explosiones, contacto con metales calientes o líquidos. Solo en los Estados Unidos se estima que 1.25 millones de personas son tratadas anualmente por algún tipo de quemadura y aproximadamente 50.000 pacientes requieren hospitalización, con una estancia aproximada de un día por cada 1% de superficie corporal quemada y con una mortalidad de un 4 %, por la quemadura o sus complicaciones. Sólo en los Estados Unidos de Norte América el gasto en prevención y tratamiento por quemaduras asciende a 2 billones de dólares por año. En nuestro país no se sabe el número total anual de pacientes que sufren este tipo de lesión

porque muchas quemaduras menores se tratan de manera ambulatoria en clínicas y hospitales y no se reportan. La Unidad Nacional de Quemados (adultos) atiende entre 150 y 175 pacientes por año que requieren hospitalización.

((OMS), 2019)Determina:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF, determinaron que aproximadamente 96 000 niños al año mueren a causa de mortalidad por quemaduras a causa de fuego, lo que constituye un problema de salud pública y de primera necesidad al que deben prestar atenciones de prevención.

Tanto que, en el año 2017, en el país se reportaron alrededor de 16 133 casos de quemaduras en menores, 623 casos en menores de un año, 5 336 en menores de entre 1 y 4 años, 3 342 casos en menores de entre 5 y 9 años, 2 956 casos en menores de entre 10 y 14 años y por último 3 926 casos en menores de entre 15 y 19 años, por lo que se considera como una de las principales causas de muerte en los niños y adolescentes en México.

De las personas que fallecieron durante el 2013 a consecuencia de quemaduras, el 10.2 % entraron en la categoría de 0 a 9 años y el 5.9 % de 10 a 19. Con esto, las quemaduras en 2013 se ubicaron en el lugar 32 dentro de las principales causas de muerte en menores de cinco años con 0.4 defunciones por cada cien mil, en el lugar 22 en menores de 5 a 9 años con 0.1 muertes y en el lugar 25 en adolescentes con 0.1 muertes por cada cien mil.

((APANQ), 2013) Menciona:

La cantidad de reportes a la Asociación Pro Ayuda al Niño Quemado del 2001 al 2004, fue de un total de 2 700 niños y niñas quemados, de los cuales 744 ocurrieron en el 2001, 613 en el 2002, 607 en el 2003 y 736 en el 2004, en los cuatro años han fallecido 10 niños y niñas, los cuales se

presume pudieron haberse evitado, aparentemente fueron causados por descuidos en el hogar, “estudios de años anteriores reflejan que un 90 % de las quemaduras se pueden prevenir”.

Si se observa el número de población por cantón, el Cantón Central de San José es el que tiene mayor concentración con aproximadamente 309,672 habitantes de los cuales 31, 462 son menores de seis años y es el primer lugar en quemaduras infantiles con un 38 por ciento. Si lo comparamos con los otros cantones este número de niños quemados es alto, en orden descendente le siguen: Pérez Zeledón con un 16 por ciento para una población menor de seis años de 16, 542, Desamparados con 12 por ciento y una población de 22,347 niños y niñas y Alajuelita con un 6 por ciento del total para 9,276 menores de 6 años, otros cantones reportan en total un 15 por ciento. Se logró identificar que los varones se queman más, registran un 55 por ciento, mientras las mujeres el 45 por ciento restante. Por su parte los niños/as que más sufren quemaduras, según las estadísticas que brinda la APANQ, son los menores de seis años, dentro de éste grupo, tienen mayor ocurrencia los niños/as de cero y tres años, seguidos de los de 4 a 6 años. Conforme aumenta la edad de los niños y niñas disminuye la ocurrencia de quemaduras.

(Barahona, 2006)

La mayoría de los casos de niños y niñas quemados procedían del distrito de Pavas, con un 29 por ciento, un 53 por ciento tenían entre 1 a 2 años. Un 47 por ciento son el primer hijo o hija. El 76.5% no están dentro del sistema educativo, ya que no han cumplido la edad para ingresar. El 85 por ciento de las quemaduras ocurrió en los hogares, quienes tienen en promedio 5 miembros y aproximadamente el 21 por ciento, se encuentran en condición de hacinamiento. Un 53% no posee casa propia, y 74 por ciento de las familias no tienen restringido el acceso a la cocina por parte de los niños/as, (35 por ciento se quemaron en la cocina).

Se identificó que el 91 por ciento de los niños que se quemaron estaban con personas adultas y los tres principales factores de riesgo fueron: Planchas en lugares accesibles a los niños/as, ausencia de barreras para ingresar a la cocina y No avisar, ni supervisar donde están los niños, cuando se va a trasladar alimentos o líquidos calientes. Los porcentajes de las familias que habían recibido información preventiva un 32 por ciento, concuerdan con los porcentajes de las familias con conocimiento de los pasos a seguir cuando ocurrió la quemadura. Esto demuestra la importancia de la educación preventiva. Con respecto a prevención, los padres y madres, plantean que se deben brindar charlas, capacitaciones a miembros de la familia y a los niños/as, realizar campañas publicitarias, brindar testimonio, sensibilizar sobre la problemática y aplicar medidas de supervisión. Trabajar en las escuelas, Centros de Salud, en la comunidad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cuáles son los principales factores de las quemaduras en niños en la Pinta, Chicomuselo, Chiapas?
2. ¿Cuál es el agente etiológico más frecuente para quemaduras pediátricos?
3. ¿Quiénes son las personas que se encuentran al cuidado de las niñas y niños?
4. ¿Cómo se puede reducir el índice de quemaduras en el hogar?
5. ¿Conocen los padres de familia las medidas preventivas de quemaduras?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores de riesgo que influyen en quemaduras en niños para prevenirlas.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Investigar en qué edad se produce la mayor incidencia de quemaduras en los niños
- Identificar cual es el agente etiológico más frecuente en las quemaduras de la población pediátrica
- Determinar qué tipo de quemaduras se presenta con mayor frecuencia en niños y niñas
- Detectar quienes son las personas que se encuentran al cuidado de niños y niñas.
- Detectar si los padres de familia conocen las medidas preventivas sobre las quemaduras en niños.
- Diseñar una propuesta de capacitación sobre prevención de quemaduras infantiles.

1.4 HIPOTESIS

Los factores de riesgos que influyen en quemaduras de niños y niñas son edad, bajo nivel socioeconómico y la negligencia por parte de las personas a cargo de los menores.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La investigación se vincula con la problemática de las quemaduras infantiles, un tema que es considerado de salud pública y social. Desde el punto de vista de salud pública, el tratamiento de estas lesiones consume gran cantidad de recursos durante tiempos que suelen ser prolongados,

como lo son: el manejo de las infecciones después de la quemadura, los injertos y la cirugía reparadora de las secuelas físicas. La atención a nivel social y psicológico de muchos de los niños y niñas y sus familias suele ser necesaria y prolongada. A nivel social la persona menor de edad, puede ser afectada y enfrentar una serie de cambios a nivel personal, familiar, en su escuela y comunidad, porque una quemadura trae consigo secuelas físicas, sociales y emocionales, que en muchos casos marcan de por vida a las personas, y lo que es más grave, hasta puede causar la muerte de personas menores de edad por esta causa.

Un niño ó niña que se enfrenta a un trauma por quemadura, experimenta cambios abruptos en su cotidianidad, dolor, estrés, pérdida de habilidad entre otros. Todos estos cambios, más las secuelas que deben enfrentar evidencian la importancia y urgencia de una investigación que oriente la prevención.

Las quemaduras infantiles han constituido un problema de salud pública tanto en países desarrollados, como en colonias en vías de desarrollo entre los cuales se encuentra barrio la Pinta, debido a las complicaciones físicas y psicológicas, las cuales pueden ocasionar daños permanentes o transitorios que interfieren en el desarrollo social del individuo de ahí la importancia de desarrollar un sistema preventivo para evitar el alto índice de morbimortalidad en niños.

Por otra parte, el gran interés de proporcionar una orientación adecuada acerca de la prevención de quemaduras en niños me inclinó a buscar una alternativa original que disminuya el gasto de los servicios de salud, así como el gasto social que requiere el tratamiento de las quemaduras.

El estudio tiene la misión de dar a conocer a los niños quemados y a los padres de las mismas medidas de prevención eficaces para evitar las quemaduras, así como también compartirles experiencias de las

diferentes causas por quemaduras en la población pediátrica, cada niño y niña tiene derecho a que se le proteja y se le informe, ello implica el derecho a recibir información preventiva sobre qué hacer para no quemarse, el derecho a ser cuidados, a una salud y mejor calidad de vida. Sin olvidar la importancia del interés superior de niño y la niña.

Este traumatismo o lesión no sólo afecta al niño ó la niña sino también a toda su familia, la cual experimenta una serie de cambios, “la familia vive esta experiencia como una situación de crisis, con desorganización, confusión y fuertes sentimientos de angustia, culpa y rabia”.

Lo cual conforme el ó la menor se va recuperando puede ir mejorando, además, la familia juega un papel fundamental en el apoyo que puede dar a los niños y niñas para su recuperación. Para una familia es difícil tener un niño ó niña quemado/a en casa, trabajar con las familias, desde de su vivencia y cotidianidad, permitió conocer las características de las mismas, los factores de riesgo que estuvieron presentes en la ocurrencia de quemaduras y sus ideas de prevención.

Se eligió trabajar con este tema de factores de quemaduras en niños, porque no debemos dejar pasar en alto estos incidentes que son de importancia.

La investigación también aporta conocimientos a las familias, las instancias de salud y comunidades, que deseen planificar y ejecutar propuestas de prevención de quemaduras infantiles. La motivación de este estudio nació después de revisar diferentes investigaciones e identificar la ausencia propuestas en prevención de quemaduras infantiles, unido a un proceso personal de dolor y angustia al observar el aumento de niños y niñas en el centro de salud, al observar las marcas en sus cuerpos y el dolor en sus ojos de tristeza.

Después de conversar con muchos de ellos y ellas y lograr identificar que en su mayoría sufren por causas que se pudieron evitar (“jugaba a quemar hormigas y me quemé yo”, “me cayó la olla de leche encima”, “mi mamá me dejó cuidando los frijoles y yo abrí la olla de presión, para saber si ya estaban” Después de ese dolor al conocer y observar las secuelas que deja una quemadura en estas personas, nació un sentimiento de brindar un aporte para que muchos niños y niñas se autocuiden y sus padres que apliquen medidas preventivas, para disminuir el riesgo de sufrir el trauma, “una quemadura duele para toda la vida”.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Esta investigación se basa en la educación y prevención de las quemaduras en el hogar para evitar accidentes en los niños, elegimos este tema ya que en el barrio la Pinta Chicomuselo, Chiapas, existen casos de quemaduras muy a menudo y no tienen el tratamiento o la atención correcta, ya que no cuentan con muchos recursos para tener una atención adecuada. Por eso es importante informar a los padres de familia los diferentes riesgos que pueden presentar en las quemaduras dentro del hogar de tal manera darles a conocer lo que se debe de llevar a cabo en una situación así con sus hijos.

La investigación se llevará a cabo en el barrio la Pinta, Chicomuselo Chiapas.

CAPITULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

A lo largo de la historia, las quemaduras han sido la causa de morbimortalidad más significativas para la humanidad. Herndon y cols mencionan que el tratamiento de las quemaduras tiene más de 3500 años de antigüedad, ya que los primeros indicios se han encontrado en las pinturas rupestres del hombre de Neanderthal. La mayor parte de los avances en el cuidado de las heridas ha tenido lugar en las últimas seis décadas. Entre 1942 y 1952, el shock, la sepsis y el fracaso multiorgánico eran los responsables de una tasa de mortalidad del 50% especialmente en niños con quemaduras que cubrían el 50% de su superficie corporal. Entre 1966-1975, el 60%-80% de los pacientes con quemaduras en el 50% de su superficie corporal falleció por una sepsis bacteriana, con la escisión temprana y la cobertura de la herida disminuyó aún más la morbilidad y la mortalidad por sepsis.

En marzo de 2009, el Secretario de Salud informó un incremento en la incidencia de quemaduras de 109,479 quemaduras registradas en 2007 a 114,385 en 2008. Las estadísticas de ese año mostraron que un 5% de las quemaduras registradas son severas y 52% ocurren en menores de 15 años. La mayoría de estos lesionados (cuatro de cada cinco menores de 15 años) son menores de 5 años. En México en algunos otros países las quemaduras son una de las causas más frecuentes de atención médica en las salas de urgencias. Los niños y los adultos mayores son los grupos más vulnerables de la población. En México, más del 18% de los lesionados hospitalizados no sobrevive, a diferencia del 5.4% reportado en otros países. Por otra parte, si las quemaduras no ocasionan el deceso, éstas pueden producir secuelas graves. Las quemaduras son un problema de salud pública poco estudiado en México. De hecho, no hay publicaciones que describan la epidemiología de las quemaduras fatales y no fatales. Por lo tanto, en este estudio se pretende describir la mortalidad por quemaduras en México en el periodo de 1979-2009.

Finalmente, el hecho de residir en una localidad con una población de más de 100,000 habitantes con respecto a otras de menores dimensiones pudiera crear cierta seguridad en cuanto a la cobertura de los servicios de salud, sin embargo el riesgo de fallecer a consecuencia de quemadura no tiene diferencias sustanciales entre localidades rurales y urbanas. Esto pudiera deberse a que no en todas las localidades existen unidades de atención médica que puedan ofrecer una atención adecuada para este tipo de lesiones.

Desde el primer registro histórico sobre tratamientos para las quemaduras en un papiro egipcio del 1500 a.C., cada figura relevante de la Medicina en su tiempo ha propuesto su propio remedio para las quemaduras; la mayoría de ellos sin fundamento científico según los paradigmas actuales. No obstante, desde el siglo XVI ha habido aportaciones puntuales hasta alcanzar un importante desarrollo durante los siglos XIX y XX, coincidiendo en el tiempo con la revolución industrial y científica de las Grandes Guerras, en las que la cantidad de víctimas por quemaduras fue inmensa, proporcionando un extenso campo observacional y experimental. Gracias a todo ello, los pacientes quemados alcanzan actualmente unas tasas de supervivencia impensables hace siglos.

Los primeros registros existentes sobre el tratamiento de las quemaduras se remontan a la información recogida en el papiro de Ebers, un tratado médico egipcio del año 1534 a.C., que proponía tratamientos mediante inmersiones en barro, encantamientos y aplicación de ungüentos sobre las zonas quemadas compuestos por una mezcla de estiércol de res, cera de abeja, cuerno de carnero, cebada triturada y resina. Alrededor de mil años después, Hipócrates recomendaba para el tratamiento tópico de las quemaduras la aplicación de piel de cerdo combinada con resinas. Este tipo de terapias, mediante bálsamos y brebajes sin respaldo científico, variaba entre las diversas regiones pero era conceptualmente similar, con

un fundamento mágico, entre los médicos griegos, egipcios, chinos y de las demás culturas coexistentes.

En el año 1607, un médico alemán llamado Wilhelm Fabry de Hilden, fue el primero en clasificar las quemaduras en 3 grados; y aunque posteriormente se han propuesto otras clasificaciones más complejas, la empleada actualmente es muy similar a la que él describió en su momento. Sólo se encuentra un estudio sobre incidencia para la provincia de Santiago en 1993, que incluyó una muestra de 1.000 hogares y aproximadamente 5.000 personas de todos los estratos socioeconómicos. Se encontró que el 3,9% de la población menor de 15 años había sufrido una quemadura en un período de un año. El lugar de ocurrencia predominante fue el hogar (74%) y líquidos calientes produjo el 43,3% de las quemaduras. Las extremidades superiores fueron las localizaciones más afectadas (68,9%). El 35,3% demandó atención médica y de éstos, se hospitalizó el 8,5%.

Las tasas de mortalidad fueron calculadas de acuerdo con el número de muertes ocurridas en un periodo específico de tiempo dividido entre el número de años persona en este periodo. Para examinar la tendencia de mortalidad, las tasas estandarizadas de mortalidad se basan en la población de 2005 descrita en el Censo General de Población de 2005^{8,9}. Se agrupó la edad en menores de 1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años, 20-39 años, 40-59 años, 60-69 años, 70-79 años y mayores de 80 años. El denominador fue proyectado linealmente¹⁰ usando los registros poblacionales de los censos generales de población de 1980¹¹, 1990¹² y 2000⁹, además de los censos generales de población de 1995¹³ y 2005¹⁴.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez investigado distintas revistas médicas disponibles en internet se han encontrado los siguientes estudios:

En el estudio retrospectivo realizado por ALEXANDER MARTIN CELKO, MICHAL GRIVNA, JANA DÁNOVÁ y PETER BARSS, en el Centro de Quemados de Praga entre el año 1993 y 2000 denominado “Quemaduras infantiles graves en la República Checa: factores de riesgo en quemaduras en niños” el principal objetivo fue investigar los factores de riesgo de quemaduras en niños de la República Checa y proponer medidas preventivas. Se incluyeron 1064 niños: el 64% de ellos del sexo masculino, la edad media de los niños fue de 4,8 años (mediana: 2,9 años) y de las niñas, 3,9 años (mediana: 2,2 años). Por otra parte, 54% (570 niños) fueron menores de 3 años y el 85% fueron menores de 10 años de edad; aproximadamente un 31% de todas las hospitalizaciones por quemaduras se registraron en niños de 1 año.

Un 79% de las quemaduras se produjeron en casa: el 70% en la cocina, el 14% en la habitación, y el 11% en el baño, las escaldaduras con líquidos calientes supusieron el 70% de la totalidad de las quemaduras. Concluyen que la mayoría de las quemaduras consisten en escaldaduras con líquidos calientes que se producen en casa: bebidas en la cocina y agua en el cuarto de baño así mismo refieren que son necesarias medidas 10 preventivas pasivas, proponen que deben elaborarse programas de educación para padres y cuidadores.⁹ P. ABAD, y colaboradores en el artículo Quemaduras en la infancia trascendencia social a las puertas del 2000 presentan un estudio retrospectivo de los pacientes con quemaduras que han necesitado ingreso en un periodo de 3 años, cuyo objetivo fue analizar los factores, situaciones o momentos que con más frecuencia se asocian a lesiones térmicas.

Fueron ingresados 362 niños entre 0 y 14 años con superficie quemada de más del 10%, localización crítica (manos, cara, cuello, zonas de flexión), agente causal (electricidad, químico) o situación social, de este

estudio se obtuvieron los siguientes resultados: los niños fueron el 59,6% de los ingresados frente a 40,3% niñas; siendo la edad de más riesgo entre los 1 y 5 años, 205 casos. El 98,7% se había quemado en casa, siendo el lugar más frecuente la cocina con un porcentaje de 51%. El agente causal en el 65,4% eran líquidos, especialmente agua caliente, hasta en 104 casos.

Las zonas más afectadas fueron la cara (39,2%) y las extremidades superiores, siendo en 81% de segundo grado superficial o profundo. Se llegó a la conclusión de que la mayoría de los accidentes ocurren en el domicilio, en concreto en la cocina, con líquido caliente, y en niños entre 1 y 5 años de edad, además los autores afirman que evitando este mecanismo se reduciría drásticamente las cifras de quemaduras. En el estudio transversal descriptivo, realizado por JOSÉ A VIÑAS DÍAZ y colaboradores en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado Pinar del Río en Cuba en el año 2006, denominado Epidemiología de las lesiones por quemaduras se incluyó 26 casos con edades comprendidas entre 0-18 años con el objetivo de conocer algunos aspectos de la epidemiología de las quemaduras en Pediatría, se encontró que el grupo más afectado era el menor de 15 años con un 96.2 %, el sitio de ocurrencia de quemaduras predominantemente fue en la cocina con un porcentaje de 42.3 %, se encontró que la causa predominante se debió al derrame de líquidos calientes con 53,8% y en segundo lugar se observó la lesión por las quemaduras de fuego directo en 30,8% del total. Como conclusión refieren que las quemaduras son accidentes que se producen con frecuencia y provocan una alta mortalidad, generalmente siempre se constata descuido por parte de los adultos, al no tomar las medidas necesarias para prevenirlas, a esto puede sumarse las condiciones ambientales en que vive la familia; hacinamiento, viviendas pequeñas, espacios reducidos, así como otros factores de riesgo relacionados con el ambiente en que vive el niño, además refieren que la prevención es un aspecto decisivo para evitar este tipo de accidente. MARLENE BURGOS en su tesis Perfil

epidemiológico y circunstancias en que ocurren las quemaduras en los niños hospitalizados en el servicio de Cirugía infantil del Hospital Clínico Regional Valdivia realizado en el año 2003 utilizando una metodología descriptiva con un enfoque cualitativo, presentando como objetivo identificar las circunstancias en que ocurrieron las quemaduras de los niños ingresados, para lo cual incluyeron 55 pacientes.

Señala la autora que las edades de los niños accidentados fluctuaban entre 0 y 2 años con un 62%, en relación con el sexo predominó el masculino con un 58%, mientras que el femenino alcanzó un 42%, las personas a cargo del menor fueron principalmente las madres de las cuales el 40% no había terminado su enseñanza básica, en cuanto a las quemaduras el 60% tuvo como agente causal líquidos en ebullición y un 56% ocurrió en la cocina. Las circunstancias que lo favorecieron fue la falta de conducta preventiva que afectó el 44% de la población, deduce que los menores provenían de familias de un nivel socioeconómico bajo. Entre sus conclusiones señala que es muy importante la prevención. SHIRLEY ROSERO realizó su tesis sobre Prevalencia de quemaduras en pacientes desde 1 mes a 14 años de edad en el Servicio de Pediatría del Hospital Provincial General Latacunga en el período Enero 2005 – Julio 2008 en donde el diseño de la investigación fue descriptivo de secuencia transversal y retrospectiva.

El universo de estudio fue 97 Historias Clínicas, de las cuales, 58.8% pertenecían al sexo femenino y 41.2% al masculino; siendo el grupo etario de mayor prevalencia el de 1 - 4 años con el 50.5%; además, el sitio más afectado por la quemadura fue la región de la cabeza con 25.8%, tomando en cuenta que el agente etiológico de predominio fueron los agentes físicos (agua hirviendo principalmente) con 67.0%, los cuales provocaron quemaduras de segundo grado superficial en un 30.9% y, la zona de mayor frecuencia donde ocurren las quemaduras en los niños, fue la urbana con 61.9%. Como conclusión describe que los resultados obtenidos demuestran que las quemaduras son un problema importante

de salud pública en Ecuador, por lo que resulta primordial emplear programas de promoción y prevención de las mismas, dirigido a la comunidad y sobre todo a los padres, enfatizando en el cuidado de sus hijos.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 DEFINICIÓN

(GARCIA, 2012) Define:

Las quemaduras como la destrucción de los tegumentos, incluso de los tejidos subyacentes, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo. Son por tanto lesiones resultantes de la acción de dichos agentes, que al actuar sobre los tejidos dan lugar a reacciones locales o generales cuya gravedad está en relación con la extensión y profundidad de la lesión. Las quemaduras son un trauma prevenible.

2.2.2 ETIOLOGIA

(Rio, 2014) Indica:

Los agentes causales son muy variados y se agrupan básicamente en cuatro categorías:

- Las quemaduras térmicas son las más frecuentes (85% de los casos) y se producen por contacto con un sólido caliente (generalmente limitadas pero profundas) o un líquido (más extensas pero menos profundas), son las denominadas escaldaduras; por llama (fuego y agentes volátiles, cerillas, encendedores), cuando se producen en un espacio cerrado pueden asociarse a lesiones pulmonares por inhalación de humo o sustancias tóxicas producidas en la combustión.
- Dentro de las quemaduras térmicas pero menos frecuentes, están las por frío.

- Las quemaduras eléctricas se producen por el paso de la corriente a través del organismo. Son casi siempre lesiones profundas en las que el porcentaje de superficie corporal quemada no es indicativo del daño real existente y pueden asociarse a lesiones por electrocución. Aunque infrecuentes, presentan una elevada morbimortalidad.
- Las quemaduras químicas pueden producirse por ácidos o álcalis. Los álcalis ocasionan quemaduras más profundas y progresivas.
- Las quemaduras por radiación están producidas fundamentalmente por los rayos ultravioleta tras la exposición solar.
- Agentes biológicos: seres vivos (insectos, medusas, etc.).

2.2.3 FISIOPALOGIA

(Gonzalez, 2008) Refiere:

A nivel local los diferentes fenómenos que se desarrollan son consecuencia inicial de una desnaturalización proteica por el calor. Esto conlleva una destrucción de la barrera cutánea, originándose grandes pérdidas de líquidos y electrolitos (des-hidratación) y una mayor predisposición a las infecciones bacterianas. Así mismo, el aumento de la temperatura provocará un estado de hipercatabolismo local que finalmente tenderá a generalizarse. Desde un punto de vista vascular, la respuesta inicial es inespecífica originándose por el calor una vasodilatación (eritema) que junto con la liberación de histamina y kininas originará un aumento de la permeabilidad capilar motivando la aparición de edema y flictenas.

Finalmente, a nivel nervioso se produce una estimulación de las terminaciones nerviosas por el calor, el edema y las sustancias vaso activas originando intenso dolor. Cuando dichas terminaciones han sido destruidas por la quemadura es típica la ausencia de estos fenómenos (anestesia). A nivel sistémico el paciente quemado debe ser considerado en todo momento como un paciente que ha sufrido un gran traumatismo,

en el que se suman fenómenos fisiopatológicos muy diversos. La respuesta vascular (aumento de la permeabilidad capilar, edema intersticial) llevará a una des-hidratación y al establecimiento de un shock hipo volémico. Desde un punto de vista endocrino y metabólico se producirá una respuesta suprarrenal con un balance nitrogenado negativo que puede llevar a la desnutrición. Finalmente, como ya se ha comentado, existe una predisposición al desarrollo de infecciones locales que junto al estado de inmunosupresión que se genera pueden llevar al desarrollo de una sepsis. Todos estos fenómenos generales pueden llevar al paciente a un fracaso renal primero y luego a un fracaso multiorgánico, lo que nos muestra la complejidad y gravedad del paciente quemado.

(Santamaria, 2013)Refiere que:

En las quemaduras el órgano directamente afectado es la piel. La capa cutánea más superficial forma una barrera protectora entre el organismo y el medio externo, protege de la invasión bacteriana y de otros agentes extraños, previene de la pérdida excesiva de calor y contribuye al control de la temperatura. Posee terminaciones nerviosas y receptores para diferentes estímulos y presenta funciones inmunológicas y endocrinas.

La lesión térmica origina un grado variable de muerte y disfunción celular cuya extensión depende de su intensidad y duración del estímulo. Debido a efectos directos del calor, la microvasculatura de la región se dilata, se produce extravasación de plasma y proteínas del intravascular. Posteriormente se produce una estasia de la microcirculación y debido a fenómenos de agregación plaquetaria se originan micro- trombos. Este cuadro se agrava por la respuesta inflamatoria local y sistema secundario a la liberación de histaminas, serotoninas, quininas, radicales libres de oxígeno, peroxidasas y productos de la cascada del ácido desde la injuria. Aunque el daño celular de la zona de estasis es potencialmente reversible el daño del micro circulación puede llevar al shock hipovolémico o cardiogénico. A nivel sistémico y local se produce edema ya que aumenta

la permeabilidad microvascular, se genera vasodilatación y pérdida de la actividad oncótica intravascular.

2.2.4 FACTORES DE RIESGO EN LAS QUEMADURAS EN NIÑOS

(Lema, 2013) Refiere:

A nivel mundial las quemaduras en la infancia son una causa importante de morbilidad y mortalidad, representan la segunda causa de muerte, después de los accidentes de tráfico.

Según la OMS las quemaduras causadas por el fuego son la causa de muerte de cerca de 96.000 niños al año, y cuya tasa de mortalidad es 11 veces mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

Las quemaduras son un trauma prevenible, que compromete piel y/o mucosas y tejidos subyacentes, producida generalmente por la acción de agentes de tipo físicos, químicos y biológicos.

Se ha descrito varios factores de riesgo para que se produzca quemaduras en los niños, entre ellos: edad, sexo, y el descuido por parte de las personas que se encuentran a cargo de los menores.

Sin embargo a pesar de conocer algunos factores de riesgo no se han implementado programas de prevención para evitar quemaduras y cuando se las hace únicamente es en fechas festivas sin considerar los demás meses del año así como tampoco considerar otros agentes causales.

Como aún no se ha podido evitar este tipo de lesiones el objetivo de este trabajo es identificar los factores de riesgo que influyen en quemaduras en el hogar de niños y niñas con el propósito de crear un plan preventivo para evitar quemaduras y así mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

Las quemaduras son el resultado de un traumatismo físico o químico que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados. Producen tres efectos: pérdida de líquidos, pérdida

de calor, lo que puede causar hipotermia y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección. Según la OMS define quemadura como la destrucción de los tegumentos, incluso de los tejidos subyacentes, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo. Son por tanto lesiones resultantes de la acción de dichos agentes, que al actuar sobre los tejidos dan lugar a reacciones locales o generales cuya gravedad está en relación con la extensión y profundidad de la lesión. Las quemaduras son un trauma prevenible.

2.2.5 CLACIFICASIÒN

2.2.5.1 PROFUNDIDAD DE QUEMADURAS

(Lema Santamaria, 2013) Refiere:

La profundidad de las quemaduras influye directamente sobre el tiempo de curación y la necesidad de hospitalización e intervención quirúrgica, así como en el desarrollo de secuelas.

2.2.5.2 QUEMADURA DE PRIMER GRADO

Afecta la epidermis y no se extiende a la dermis. Como la destrucción se hace en el tejido superficial hay pocas alteraciones de índole general. La piel es rojiza y aclara con la presión; no hay formación de vesículas y son bastante dolorosas. Evoluciona con descamación, prurito y curan espontáneamente sin secuelas en 3-7 días. El ejemplo típico es la quemadura solar.

2.2.5.3 QUEMADURA DE ESPESOR PARCIAL (SEGUNDO GRADO)

2.2.5.3.1 Segundo Grado Superficial:

Abarca toda la epidermis y gran parte del corion, sin comprometer el estrato germinativo. La piel se vuelve rosada, edematizada y la

característica principal es la formación de ampollas. Son quemaduras extremadamente dolorosas porque las terminales nerviosas están expuestas al medio ambiente. La rapidez de la regeneración de la quemadura depende de la profundidad de la destrucción de las capas cutáneas y de si hay o no hay infección. Generalmente la epitelización ocurre entre 7 y 10 días, casi siempre cicatriza normalmente sin necesidad de injertos.

2.2.5.3.2 Segundo Grado Profundo:

Se produce destrucción de la epidermis y hasta la dermis reticular, pero deja intactas las fanéreas epidérmicas profundas. La superficie quemada tiene un aspecto moteado, con predominio de zonas blancas en vez de rojas o rosadas, no hay ampollas y es hipoalgesia.

La cicatrización ocurre en tres semanas es de mala calidad por lo que requiere injertos. La diferenciación entre quemaduras de segundo grado superficial y profundo no es posible en la fase de atención inicial.

2.2.5.4 QUEMADURAS DE ESPESOR COMPLETO (TERCER GRADO)

Compromete todas las capas de la piel y puede llegar hasta la fascia, músculo o el hueso, la piel es seca y acartonada, con coloración café o de aspecto carbonizado por las partículas de la dermis destruida.

Esta lesión es indolora, ya que las terminaciones nerviosas han sido destruidas. Estas quemaduras requieren injertos, pues todas las capas de la piel han sido destruidas y no quedan células cutáneas que permitan el crecimiento de nueva piel. Si la quemadura es pequeña, los injertos pueden ser innecesarios.

2.2.5.5 EXTENSIÓN QUEMADURAS

La extensión de una quemadura se expresa como un porcentaje del total del área de superficie corporal afectada por la lesión térmica.

Para calcular la superficie corporal afectada por una quemadura se deben utilizar las gráficas adecuadas correspondientes a los distintos grupos de edad de los niños. La morbimortalidad de una quemadura depende de la extensión y profundidad de la quemadura.

2.2.5.5.1 Tabla de Lund y Browder:

La extensión de la quemadura puede determinarse de manera más exacta en los niños utilizando esta tabla. La anatomía corporal de los niños varía con la edad. Por ejemplo, la cabeza de un recién nacido es muy grande y su proporción va a disminuir con la edad.

En el caso de los muslos son de menor tamaño al resto de la extremidad inferior y van aumentar con la edad. Por otro lado, tanto el tronco como las extremidades superiores no experimentan alteraciones en su porcentaje. De ahí que Lund y Browder modificaron la regla de los 9 para calcular la superficie corporal quemada según las diferencias de los segmentos corporales del niño.

2.2.5.5.2 Regla de los nueves (Wallace):

La regla de los nueves usada en adultos puede usarse solo en niños mayores de 14 años, o como cálculo aproximado para iniciar el tratamiento antes de trasladar al paciente a un centro de quemados.

2.2.5.5.3 Método Palmar:

En las quemaduras pequeñas que afectan a menos del 10% de la superficie corporal se pueden emplear la regla de las palmas sobre todo en los pacientes tratados en régimen ambulatorio. En los niños, la

superficie comprendida entre el borde de la muñeca y la base de los dedos corresponde al 1% de la superficie corporal.

2.2.6 DIAGNOSTICO

(Bendlin A, 2007)Refiere:

En el Diagnóstico del paciente quemado se debe considerar:

- La extensión de las quemaduras, mediante regla de los “9” en adultos, y la gráfica de “Lund y Browder” en niños.
- La profundidad de las quemaduras, mediante las clasificaciones de Benaim, Converse- Smith, o ABA.
- La localización de las quemaduras, considerando las áreas funcionales estéticamente especiales.
- La edad del paciente (extremos de la vida).
- La gravedad, según índices de Garcés (adultos), Garcés modificado por Artigas (2 a 20 años) o Garcés modificado por Artigas y consenso Minsal de 1999 (< 2 años). Se consideran graves los pacientes con índice > 70, o con:
- Quemaduras intermedias o profundas complejas, de cabeza, manos, pies o región Perineal (o Periorificiales).

Los criterios de hospitalización son una referencia que debe tomarse en cuenta al tomar decisiones al enfrentar por 1° vez al paciente quemado, primando siempre el criterio médico en pro del bienestar del paciente. El manejo inicial del paciente quemado es el de un paciente de trauma mediante el ABCDE. La reposición de volumen en las primeras 24 hrs. debe realizarse con Ringer Lactato o S. Fisiológico calculando los requerimientos según norma y con monitoreo estricto de diuresis.

Debe proveerse nutrición adecuada en forma precoz, privilegiando la vía de nutrición enteral cada vez que sea posible.

No se recomienda el uso profiláctico de antibióticos en estos pacientes. Es recomendable que todos los aseos quirúrgicos, curaciones y escarotomias

sean realizados en pabellón, respetando condiciones de asepsia y antisepsia en todas sus etapas, y realizando prevención de hipotermia. En los Grandes Quemados la Escarectomía Precoz con el paciente estable y la conformación de un equipo quirúrgico experimentado, además de la especialización de la UCIs, ha marcado una diferencia en la sobrevida de estos pacientes.

2.2.7 TRATAMIENTO

(Dávalos Dávalos P, 2007)Indica:

A través de los años se ha ido evolucionado en relación al tratamiento de urgencias y hospitalización todo con el fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad, con tratamientos tan sencillos como lavar la herida para disminuir el calor y evitar que continúe avanzando el daño, tratamientos con aloe vera, miel que de acuerdo a algunos meta-análisis son altamente recomendables, la escarificación, injertos, terapia con antibióticos, profilaxis. Aunque la quemadura sea epidérmica, debe ser internado todo aquel paciente con traumas o lesiones respiratorias; también los pacientes con lesiones subcutáneas, aunque solo se trate del 10% de la SCQ, así como mantener la alimentación para disminuir el daño y una recuperación del metabolismo.

El tratamiento primario en quemaduras siempre implica la supresión de la fuente que ocasiona la lesión térmica, asegurando su vía aérea (especialmente en pacientes con sospecha de lesión por inhalación) y una reanimación agresiva con líquidos por medio de la ecuación de Parkland. El tratamiento de la piel quemada es uno de los dos regímenes - el régimen conservador (frecuente corregir del lugar de la quemadura, la higiene y el tratamiento antimicrobiano) y el régimen de cirugía (la intervención temprana con desbridamiento, implantes de piel, etc.) Varios estudios diferentes han mostrado una disminución en la tasa de mortalidad de los grandes quemados que han sido sometidos a un régimen quirúrgico temprano en comparación al tratamiento conservador.

2.2.8 PREVENCIÓN

Dentro de las metas generales del Plan de atención a la salud de las personas 2001- 2006, de la CCSS se describe: Reducción del riesgo, que incluye las metas relacionadas con acciones que permitan prevenir la enfermedad o, en su defecto, minimizar los riesgos de complicaciones y la muerte. Meta que podría incluir el problema de las quemaduras infantiles, por ser un trauma que se puede prevenir, y de no hacerlo seguirá en aumento el número de niños/as quemados, así como sus secuelas y en casos hasta la muerte.

Razones por las cuales se debe prevenir, comprendiendo prevención como: evitar riesgos que puedan generar una quemadura y marcar de por vida a los/as niños/as que las sufren.

Entre los accidentes infantiles, las quemaduras constituyen una de las causas más importantes y trascendentes en término de las secuelas físicas, psicológicas y sociales, que en muchos casos acompañan a la persona durante toda la vida. Una de las estrategias para controlar este problema es la prevención, debe estar orientada a los grupos más vulnerables (niños menores de 6 años) y realizada por las personas más cercanas a ellos: sus padres y/o cuidadores directos (profesores, educadoras de párvulos) (Coaniquem: 2005I) por ser las personas responsables y cuidadores de los niños.

Desde la prevención se pueden organizar y realizar actividades, propuestas, proyectos, entre otros, desde tres niveles, que se definen a continuación:

(Coaniquem: 2005) afirma:

2.2.8.1 Prevención primaria

Es el conjunto de medidas que se aplican en el manejo del proceso salud - enfermedad antes que el individuo se enferme. En otras palabras, son las acciones destinadas a prevenir la aparición de enfermedades. Si las quemaduras se consideran como hechos que alteran el estado de salud de un individuo, todas las actividades destinadas a evitar que el trauma

ocurra, pertenecen al nivel de prevención primaria. Ejemplos de esto son la capacitación de monitores en escuelas y jardines infantiles, la educación a padres durante el control del niño sano y campañas nacionales de prevención de quemaduras.

Es en la prevención primaria, que se deberían aunar esfuerzos para evitar las quemaduras infantiles, establecer redes de colaboración y prevención. Entre los elementos de prevención más concretos y específicos se encuentra el trabajo directo de capacitación con los niños y niñas, los padres y madres de familia sobre medidas preventivas para evitar una quemadura.

2.2.8.2 La prevención secundaria

Corresponde a las acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno. Incluye acciones de recuperación de la salud. En el niño quemado, estas medidas comienzan a aplicarse desde el momento en que el niño sufrió el accidente, participando en ellas, tanto el adulto que estuvo con el niño desde un inicio, como toda persona miembro del equipo de salud que interactúa con él y su familia. Ejemplo de esto son las medidas que se pueden tomar en la casa con el niño/a quemado, antes de acudir al servicio de urgencia, tiempo transcurrido desde el trauma y la consulta, primera curación realizada, entre otras acciones.

2.2.8.3 La prevención terciaria

Se refiere a las acciones de rehabilitación brindadas a las personas a fin de que puedan utilizar sus capacidades y de esta manera, reintegrarse a la sociedad. Con el niño quemado este nivel de es de gran relevancia, ya que de éste va a depender el grado de autovalencia y reinserción a la sociedad.

(Coaniquem: 2005) menciona:

De acuerdo a los niveles de atención del sector salud en Costa Rica: primero, segundo y tercero, descritos en el apartado de salud pública, la

prevención se puede enfocar en los tres niveles, con mayor énfasis en el primero, porque tiene definido su enfoque hacia prevención y promoción de salud en el escenario común al con programas y población definidas por reforma del sector salud, que incluye campañas de prevención, escuela para padres, cursos de preparación para el parto, entre otras. Desde las cuales se podría y debería trabajar el tema de prevención de quemaduras infantiles. Entre las metas de necesidades de información e investigación de la CCSS ubicamos la siguiente, que tiene relación con las quemaduras infantiles y su prevención (Ministerio de Salud, CCSS y otros: 2004): La información que se brinde tratará aspectos fundamentales tales como promoción de la salud, prevención de enfermedades, autocuidado, reducción del riesgo y uso racional de los servicios de salud, así como lo referente a principios de la seguridad social y deberes y derechos de la población. Partiendo de esta meta la CCSS, podría realizar campañas de prevención de quemaduras, generar material, información preventiva que pueda ser divulgado en los EBAIS, áreas de salud y Clínicas. Actualmente la CCSS apoya con material preventivo (impresión de brochurs, manual, elaboración de 2 comerciales) a la APANQ en sus proyectos, pero se recomienda fortalecer y multiplicar ese material para trabajar en los centros de salud, con el personal y éstos a su vez con la población.

2.2.9 CUIDADOS PRE-HOSPITALARIOS

(Barrow RE, 2007) Menciona:

El consenso de expertos sugiere los siguientes cuidados pre-hospitalarios para pacientes con quemaduras moderadas y severas:

- Proporcionar soporte vital básico. Los pacientes generalmente deben recibir oxígeno suplementario. Los niños rara vez requieren ventilación asistida. Los pacientes con quemaduras en las vías respiratorias y los tiempos de transporte más largos pueden requerir intubación.

- Rápidamente transferir al paciente a un hospital. Reduzca al mínimo las intervenciones que demoren el transporte.
- Detener el mecanismo de daño. Ropa quemada y las joyas deben ser eliminadas (a menos que estén pegados al paciente). Las quemaduras químicas pueden requerir una irrigación inmediata.
- Cubrir el área quemada con una manta reduce el dolor y mantiene al niño caliente.
- La administración de líquidos se sugiere para tiempos de transporte mayor de una hora o quemaduras que implican más del 25% de superficie corporal quemada. Los pacientes con acceso vascular deben recibir medicamentos para el dolor.
- Expertos recomiendan que el área quemada se debe enfriar con agua durante 10 a 20 minutos inmediatamente después del accidente. La temperatura del agua debe ser no menor a 8 ° C. El hielo nunca debe ser aplicado a las quemaduras. Esto depende de la superficie quemada, En los grandes quemados este procedimiento está contraindicado ya que provoca hipotermia y agrava el cuadro.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional en el que se presentan cambios somáticos (cuando una persona expresa tener un síntoma que en realidad no tiene) y psíquicos. La ansiedad se considera patológica cuando se presenta de manera excesiva y su duración es prolongada, lo que genera disfuncionalidad en la persona que lo padece.

Asepsia

Técnica de saneamiento que tiene por objeto destruir los microorganismos patógenos que hay en las personas, animales, superficies.

Etiológico

La etiología de la quemadura tiene importancia especialmente en la primera actuación, en la urgencia y la emergencia. Quemaduras térmicas: producidas por la acción del calor. Escaldadura: por líquidos calientes. Suelen ser limpias, superficiales, pero extensas.

Lactante

Se define la etapa del lactante aquella que se inicia a los 28 días de vida del niño y finaliza a los 2 años de edad. Se caracteriza por un acelerado ritmo del crecimiento y de las habilidades psicomotrices.

Lesiones

Una lesión es un daño que ocurre en el cuerpo. Es un término general que se refiere al daño causado por accidentes, caídas, golpes, quemaduras, armas y otras causas. Las heridas son lesiones que rompen la piel u otros tejidos del cuerpo. Incluyen cortaduras, arañazos y picaduras en la piel.

Mortalidad

Término que se refiere a la cualidad o el estado de mortal (destinado a morir). En el campo de la medicina, este término también se usa para la tasa de muertes, tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período. Es posible notificar la mortalidad de personas con cierta enfermedad, que viven en un área del país o que son de determinado sexo, edad o grupo étnico.

Morbilidad

La morbilidad es un estado enfermo, de discapacidad, o mala salud debido a cualquier causa. El término puede ser usado para referirse a la existencia de cualquier forma de enfermedad, o al grado en que esa condición de salud afecta al paciente. También se entiende como la proporción de seres vivos que enferman en un sitio y tiempo determinado. Minoritariamente también se usa como sinónimo de morbilidad, que etimológicamente es correcto.

Perfusión

Perfusión es un término vinculado con el verbo per fundir, cuya acción consiste en hacer que un líquido ingrese de manera lenta pero sostenida en el organismo. La sustancia a introducir puede ser suero, sangre o un antibiótico, por citar algunas posibilidades, que se inyecta dentro de las venas.

Prevención

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”

Primeros auxilios

El conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata a una persona.

Quemaduras

Es una lesión de la piel o de otros tejidos corporales causados por el calor o debido a la radiación y radioactividad, electricidad fricción, o contacto con químicos.

Quintiles

Representa el 20% o un quinto del número total de individuos, de una población determinada.

Revitalización

Consiste en otorgar mayor vitalidad o vigor a una cosa o cuerpo, se le aporta fuerza, vida, movimiento.

Secuelas

Lesión o afección que surge como consecuencias de una enfermedad o accidente.

Trauma

Es toda lesión orgánica producida por agentes mecánicos físicos o químicos.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

(Ponce & Jiménez, 2015) argumentan:

Para diseñar una investigación es importante especificar las características del diseño metodológico (tradicionalmente se conoce como la sección de material y métodos o metodología de un proyecto de investigación). El diseño metodológico le dará identidad propia, única y muy particular a la investigación que se desea realizar y ayudará al lector a comprender adecuadamente en qué consistirá la investigación.

El diseño metodológico es la descripción detallada y precisa de las estrategias y procedimientos de cómo se va a realizar la investigación. Los elementos que deben incluirse en el diseño metodológico deben estar relacionados de forma lógica, congruente, presentados y ordenados de manera coherente y sencilla. (p. 1).

(Peña, 2009) señala que: El Diseño metodológico, es una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la intervención. El diseño metodológico es la descripción de cómo se va a realizar la propuesta de intervención.

El diseño metodológico son los pasos a seguir para generar una información que mi proyecto de investigación requiere, a la luz de una temática y unos objetivos que se problematizan.

Un diseño metodológico es la forma particular de cómo cada interventor/a organiza su propuesta de intervención. Lo metodológico debe estar soportado por la postura epistemológica, conceptual y ontológica del interventor/a; es decir, cada diseño metodológico ha de responder con coherencia interna a la concepción de ser humano, a la concepción de educación y a los principios pedagógicos que orientan a cada interventor/a en su quehacer. Por lo tanto, la estrategia de intervención depende del tipo

de estudio que se elija (el enfoque), ya que éste determina el diseño, el proceso propuesto a la comunidad, la información generada, la forma como se trabajará con la comunidad y el lugar del profesional interventor.

3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación sobre los “Factores de riesgo de las quemaduras en niños en el Barrio La Pinta Chicomuselo,”, es aplicada debido a que la investigación se llevará a la práctica con nuestra muestra que son los habitantes del Barrio La Pinta Chicomuselo, Chiapas por medio de encuestas para la comprobación de hipótesis.

3.1.1 INVESTIGACION PURA

(Tamayo, 1999) menciona:

Recibe también el nombre de pura y fundamental, tiene como fin la búsqueda del progreso científico, mediante el acrecentamiento de los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es de orden formal y busca las generalizaciones con vista al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes (p.129).

3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA

(Bunge, 1969) afirma:

La investigación aplicada busca o perfecciona recursos de aplicación del conocimiento ya obtenido mediante la investigación pura, y, por tanto, no busca la verdad, como la investigación pura, sino la utilidad. En otras

palabras, se trata aquí de investigar las maneras en que el saber científico producido por la investigación pura puede implementarse o aplicarse en la realidad para obtener un resultado práctico (p.683).

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

(Cazau, 2006) señala:

La investigación es un proceso por el cual se enfrentan y se resuelven problemas en forma planificada, y con una determinada finalidad.

Esta investigación es de tipo explicativa y descriptiva, es explicativa porque expondremos los factores de riesgo de las quemaduras y los factores desencadenantes son: una mala educación e enseñanza, el tipo de hogares donde habitan, cuidadores no responsables en el cuidado y la mala crianza de los niños en el Barrio La Pinta.

Es descriptiva porque explicaremos los factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, vías de transmisión, tratamiento, prevención y complicaciones.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

Cortés e Iglesias (2004) mencionan:

Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. La utilidad principal de los estudios correlacionales cuantitativos es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

Cortés e Iglesias (2004) señalan:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) reafirman:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables.

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) explican:

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de

la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente tema “Factores de riesgo de las quemaduras en el Barrio la Pinta Chicomuselo, Chiapas”, es una investigación de tipo experimental, específicamente de corte transversal, debido a que solo se estudiará el fenómeno una sola ocasión sin modificar conductas, solo se observará la situación actual tal y como está sucediendo en su contexto natural.

3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) Considera:

En este método los tratamientos de la variable independiente han sido manipulados por el investigador-X- por lo que se tiene el mayor control y evidencia de la causa y efecto. (p. 149).

Sampieri (2006) señala: En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se ‘construye’ una realidad.

3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) refiere:

En este método, existe un grupo de sujetos a los cuales se realiza una prueba-O- de medición de la variable dependiente, pero los tratamientos de la variable independiente-X- no fueron manipulados o controlados por el investigador. También se denomina investigación ex - post - facto. (p.149).

Sampieri (2006) indica: La investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para después analizarlo. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL

(Sampieri, 2010), menciona:

Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (p.151)

3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL

(Sampieri, 2010), señala que:

Son estudios que recaban datos en diferentes puntos del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución, sus causas y sus efectos. (p.158)

3.4 ENFOQUES

La presente investigación tiene un enfoque predominantemente cualitativo ya que se enfoca en los factores de riesgo para quemaduras, con ayuda del

Enfoque cuantitativo ya que para la exposición de resultados se utiliza un Sistema porcentual.

3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO

(Patton 1980,1990), menciona que:

Los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. Por lo expresado en los párrafos anteriores, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades. (P. 326)

A su vez Fernández y Pertegás (2004), reafirman que:

La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.

3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO

(Sampieri 2006), menciona que:

Cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis.(p.326)

3.4.3 ENFOQUE MIXTO

(Sampieri s/f), menciona:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión

conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Cortés e Iglesias, 2004), afirman que:

La investigación es mixta porque se utilizará tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo, en el cualitativo se observará las reacciones de la gente a la hora de responder la encuesta; es cuantitativo porque realizaremos encuestas para cuantificar el problema.

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen observaciones, entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente.

3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN

La población de estudio será en el Barrio la Pinta Chicomuselo Chiapas

El interés que tenemos como profesionistas para abordar este problema en este municipio es porque la incidencia esta problemática de salud es debido a la falta de conocimientos y a la irresponsabilidad de los comerciantes en el ámbito higiénico.

(Leon, 2007) Menciona:

La población de una investigación está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación. La población tiene la característica de ser estudiada medida y cuantificada. (p.2)

(Selltiz,1980), recalca:

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (p.238).

3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Barrio La Pinta Chicomuselo, Chiapas Sus límites son, al norte con los municipios de La Concordia, Socoltenango, Tzimol y la Trinitaria, al sur con los de Bella Vista y Siltepec, al este con el municipio de Frontera Comalapa y al oeste con el de Angel Albino Corzo y Montecristo de Guerrero.

Antes de la época de la Conquista, la región de Chicomuselo sufrió influencia náhuatl; la palabra Chicomuselo significa en dicha lengua, "Lugar de los siete jaguares". En 1908, se construyó la casa Municipal; en 1909, se celebró un contrato entre el Poder Ejecutivo del Estado y los ingenieros Camaras y Castilla para medir y fraccionar los ejidos del pueblo. En el mismo año de 1909, se inició la construcción de un camino que unió al pueblo de Chicomuselo con el de San Pedro Remate (hoy Bella Vista); y en 1910 se construyó la escuela pública oficial por parte de la Junta Local que se encontraba a cargo de los festejos del primer centenario de la Independencia.

La localidad de La Pinta está situada en el Municipio de Chicomuselo (en el Estado de Chiapas). Hay 115 habitantes. En la lista de los pueblos más poblados de todo el municipio, es el número 49 del ránking. La Pinta está a 680 metros de altitud.

3.6 MUESTRA

(M. I. Ortego, s/f), afirma que:

Se denomina muestra a un subconjunto de unidades estadísticas extraído del universo del cual se quiere conocer ciertas características. Es a partir de los resultados observados sobre la muestra que se va a extrapolar para producir estimaciones de dicho universo. (p.2)

La muestra de nuestra investigación son quince personas que se encontraron en su domicilio del barrio la pinta Chicomuselo Chiapas.

3.6.1 TIPOS DE MUESTREO

La investigación que se presenta es no probabilístico debido a que solo se encuestaran a padres de familia del Barrio La Pinta, es accidental o bola de nieve ya que se encuestarán a las familias que se encuentren disponibles en ese momento en el lugar acordado.

A continuación, se describen los diferentes tipos de muestreo.

3.6.1.1 PROBABILÍSTICO

(Salvadó, 2013), define que:

Es requisito que todos y cada uno de los elementos de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionados (azar). Se debe tener disponible un listado completo de todos los elementos de la población, a esto se le llama Marco de Muestreo. (s/p).

3.6.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE

(Velázquez A. P.) Señala:

El muestreo aleatorio es una técnica que permite obtener una muestra representativa de la población. Ésta se basa en el concepto de probabilidad, el cual marca que cualquier elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido y que la elección de cada elemento es independiente de cualquier selección previa. Los muestreos probabilísticos son de varios tipos.

3.6.1.1.2 ESTRATIFICADO

(Otzen, 2017) Define:

Aleatorio estratificado: Se determina los estratos que conforman la población blanca para seleccionar y extraer de ellos la muestra (se define como estrato a los subgrupos de unidades de análisis que difieren en las características que van a ser analizadas).

3.6.1.1.3 SISTEMÁTICO

(Velázquez M. e., s/f), menciona que:

En este caso se elige de manera aleatoria el sitio de muestreo para un estrato determinado, mientras que en los estratos restantes el sitio de muestreo se determina a partir de la misma posición relativa. Un caso típico de esto consiste en elegir el centro de cada estrato como sitio de la muestra. (s/p)

3.6.1.1.4 POR CONGLOMERADO

(Otzen T. , 2017) Menciona:

Consiste en elegir de forma aleatoria ciertos barrios o conglomerados dentro de una región, ciudad, comunidad etc., para luego elegir unidades más pequeñas como cuadras, calles, etc. y finalmente otras más pequeñas, como escuelas, consultorios, hogares (una vez elegido esta unidad, se aplica el instrumento de medición a todos sus integrantes).

3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO

(Sampieri, 2010), menciona que:

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

3.6.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA

(Casal, 2003) Menciona:

Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra (p.5).

3.6.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS

(Salvadó, 2013) Señala:

Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra. Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población. El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota.

3.6.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE

Espinoza (s/f) señala: Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que principalmente se aplicarán en esta investigación son, la observación y la encuesta, ésta última a partir de la aplicación de un

cuestionario de 30 preguntas, de las cuales todas son cerradas con la finalidad de obtener por parte del encuestado, opiniones más precisas. Las técnicas que se usaron en la investigación son la observación directa del espacio en donde habitan, en la que observaremos las actitudes de las personas a la hora de encuestarlas, así como la técnica de la encuesta para recopilar datos indispensables para comprobar hipótesis de nuestra investigación del tema.

3.7.1 OBSERVACIÓN

(POSTGRADO, 2009), da a conocer:

Tradicionalmente el acto de "observar" se asocia con el proceso de mirar con cierta atención una cosa, actividad o fenómeno, o sea concentrar toda su capacidad sensitiva en algo por lo cual estamos particularmente interesados.

En la investigación se hará uso de esta técnica, apoyándose del instrumento ficha de observación.

3.7.2 ENCUESTA

(POSTGRADO, 2009), manifiesta que:

Para algunos investigadores no es otra cosa que la recolección sistemática de datos en una población o en una muestra de la población, mediante el uso de entrevistas personales y otros instrumentos para obtener datos. Habitualmente a este tipo de estudio se le denomina así, cuando se ocupa de grupos de personas, numerosas y dispersas. Para otros, la encuesta es solo una pluralidad de técnicas que se utilizan a nivel masivo.

En la investigación se utilizará la encuesta para recopilar datos de la muestra apoyándose del instrumento cuestionario, el cual consta de tres apartados con un total de 30 preguntas, dicho cuestionario se aplicará a quince personas que se encuentren disponibles en sus domicilios del barrio la pinta Chicomuselo

3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.8.1 CUESTIONARIO

A continuación, se presenta el modelo de cuestionario que se aplicará a nuestra muestra, el cual se llevará a cabo en el barrio la pinta Chicomuselo a 15 personas que se encuentren disponibles en ese momento. La encuesta se llevará a cabo el día 30 de mayo de 2021 a las 10:30 AM

CUESTIONARIO

Fecha: _____ No. de cuestionario: _____

Instrucciones: Te pedimos cordialmente que nos apoyes a contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad. Hacemos de tu conocimiento que la información obtenida será tratada con respeto y confidencialidad. **Lee detenidamente y señala con una X la respuesta que consideres correcta o completa el dato que se te pide.**

I.- DATOS PERSONALES

Edad: _____

Sexo: a) Masculino b) Femenino

Estado civil: a) Casado b) Soltero c) Otro

Escolaridad: a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Universitario

Ocupación de la madre o padre de familia:

a) Ama de casa b) Agricultor c) Albañil

Cuando sale de casa con quien deja encargados sus hijos:

a) Abuelos b) Tíos c) Trabajadora doméstica d) Solos

II.- DATOS FAMILIARES

Cuantos viven en su casa: _____

Cuantos niños tiene en casa: _____

Tiene niños de: a) 1-3 años b) 4-6 años c) 7-10 años

Cuantos adultos viven en su hogar _____

¿En su hogar cuentan con? a) Estufa b) Fogón
c) Ambas

¿Cuentan con luz? a) Si b) no

III.- CONOCIMIENTOS SOBRE LAS QUEMADURAS

1.- ¿Conoce usted qué es una quemadura?

a) Si b) No

2.- ¿Ha tenido accidentes de quemaduras?

a) Si b) No

3.- ¿En su familia hay algún antecedente de un familiar quemado?

a) Si b) No

4.- ¿Usted sabe cómo podemos prevenir las quemaduras?

a) Si b) No

5.- ¿Usted cree que existen diferentes tipos de quemaduras?

a) Si b) No

6.- ¿Conoce alguna reacción de una quemadura de agua hirviendo?

a) Si () b) no ()

7. ¿Conoce las medidas de seguridad para prevenir una quemadura en su hogar?

a) Si b) No

8.- ¿Usted deja los alimentos calientes al alcance de los niños(a)?

a) Si b)No

IV.- MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL HOGAR

9.- ¿A qué temperatura se sirve los alimentos en su casa?

- a) Fríos b) Tibios c) Calientes

10.- ¿En su hogar se consumen alimentos calientes con un niño(a) en brazos?

- a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

11.- ¿Su cocinilla está ubicada en?

- a) En el suelo b) En un banco ó silla c) Sobre un mueble alto
d) a y b

12.- ¿Los fósforos y encendedores están fuera del alcance de los niños(a)?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

13.- ¿usted deja velas encendidas en su casa?

- a) Cuando se va la luz b) Para peticiones de un santo c) No dejo velas

14.- ¿Los mangos de las ollas y sartenes que están sobre la cocina para preparar los alimentos, están siempre?

- a) Hacia afuera b) Hacia adentro c) En distintas posiciones

15.-Si usted tiene cocina de cuatro discos, ¿Cuál usa habitualmente?

- a) De preferencia los de atrás
- b) Cualquiera de los discos
- c) Los de adelante

16.- A trasladar recipientes con agua caliente ó comidas calientes dentro de su hogar, ¿avisa a su familia en voz alta de su traslado?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

17.- La plancha después de ser usada, la deja enfriando:

- a) En el suelo
- b) En un mueble alto
- c) Sobre la tabla de aplanchar
- d) Se me olvida

18.- Si en su casa hay un cable pelado usted:

- a) Le coloca cinta
- b) Tiene cuidado de no tocarlo y lo deja igual
- c) Son cambiados lo antes posible

19.- En su casa acostumbra comprar pólvora:

- a) Si
- b) A veces
- c) Nunca

20.- Cuando preparan un día de campo al aire libre apagan las brasas cuando terminan:

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Se nos olvida

21.- Los enchufes (tomacorrientes) de su casa, permanecen cubiertos:

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

22.- Cada cuanto se revisan el estado de las instalaciones eléctricas:

- a) Nunca lo han revisado
- b) Cada 1 a 4 años
- c) Cada 5 ó 10 años

V.- CUIDADOS

23.- ¿Que haría si un su hijo se quema?

a) Nada b) Le amarro un trapo c) Lo llevo a la clínica más cercana d) Le pongo un poco de agua e) c y d

24.-Apaga el carbón de fuego cuando cae al suelo:

a) Si b)No c)A veces

25.- Utiliza remedios caseros en una quemadura:

a) Si B) No c) A veces

26.- Deja solos a sus hijos cerca de la cocina:

a) Si b) No C) A veces

27.- Deja a sus hijos solos en su casa con sus hermanos:

a) Si b) No c) A veces d) Siempre

28.-Utiliza pomadas en la piel quemada:

a) Si b) No c) A veces d) Nunca lo hago

29.- Conoce cada cuidado si está quemado un niño:

a) Si b) No

30.- Deja que su hija/hijo de menor edad cocine:

a) Si b) No c) A veces los hago

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO

El día sábado veintinueve de mayo del año en curso se realizó la aplicación de las encuestas a las personas previstas de acuerdo a la muestra establecida consistente en quince padres de familia que se encontraban en sus hogares en ese momento, la encuesta se llevó a cabo en un promedio de cinco horas, por parte de los tesisistas profesionistas de Enfermería del 9° cuatrimestre. Único semiescolarizado del campus UDS de Frontera Comalapa.

Cabe destacar que este proceso de investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria obteniendo los resultados de participación deseados.

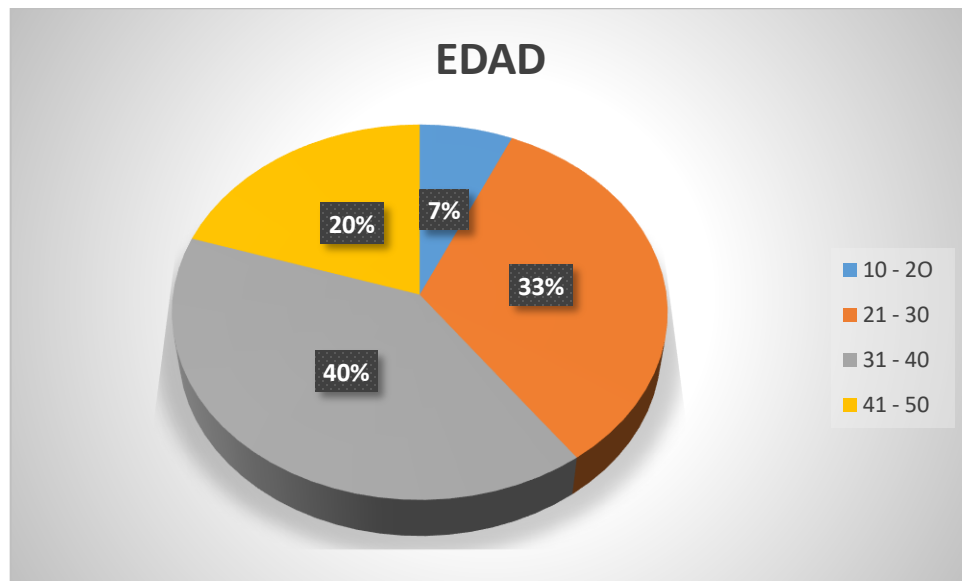
En el siguiente apartado se presentan los resultados a través de tablas y gráficas, que nos permitieron realizar un análisis e interpretación de la información para conocer la situación que prevalece respecto a los factores de riesgo en quemaduras en niños, que a su vez fue la base para la construcción de las recomendaciones y propuestas.

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

TABLA I. DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EDAD	10 - 20	1	7
	21 - 30	5	33
	31 - 40	6	40
	41 - 50	3	20
	TOTAL	15	100%
SEXO	M	2	13
	F	13	87
	TOTAL	15	100%
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	7	47
	SECUNDARIA	6	40
	PREPARATORIA	2	13
	UNIVERSIDAD	0	0
	TOTAL	15	100%
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	13	87
	AGRICULTOR	2	13
	ALBAÑIL	0	0
	TOTAL	15	100%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	0	0
	CASADO	9	60
	OTRO	6	40
	TOTAL	15	100%
ENCARGADOS DE NIÑOS CUANDO ESTA AUSENTE	TIOS()	8	53
	TRABAJADORA DOMESTICA	1	7
	ABUELOS	6	40
	SOLOS	0	0
	TOTAL	15	100%

Gráfica 1



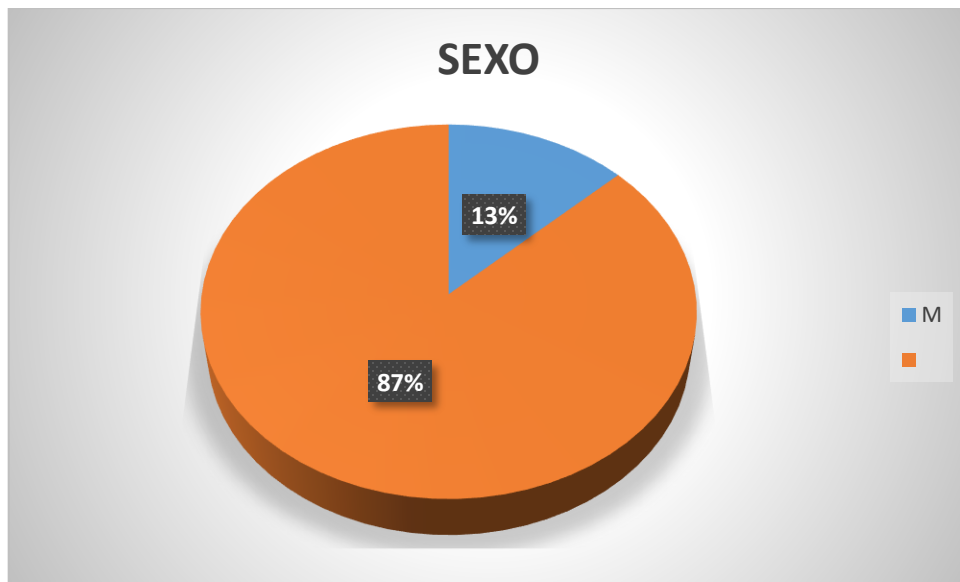
Análisis:

Esta grafica nos muestra que la de población encuestada se encuentra en casi la misma cantidad de cuatro grupos de edad, sobresaliendo el grupo de 31 a 40 años con un 40% y el grupo de 21 a 30 años con un 33%, así como los grupos de 41 a 50 años y 10 a 20 años con un 20% y 7%.

Interpretación:

La información que es arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea general de la población sobre el tema de los factores de riesgo en las quemaduras en niños, ya que se obtuvo una cantidad similar de los cuatro grupos de edad representativos de la muestra.

Grafica 2



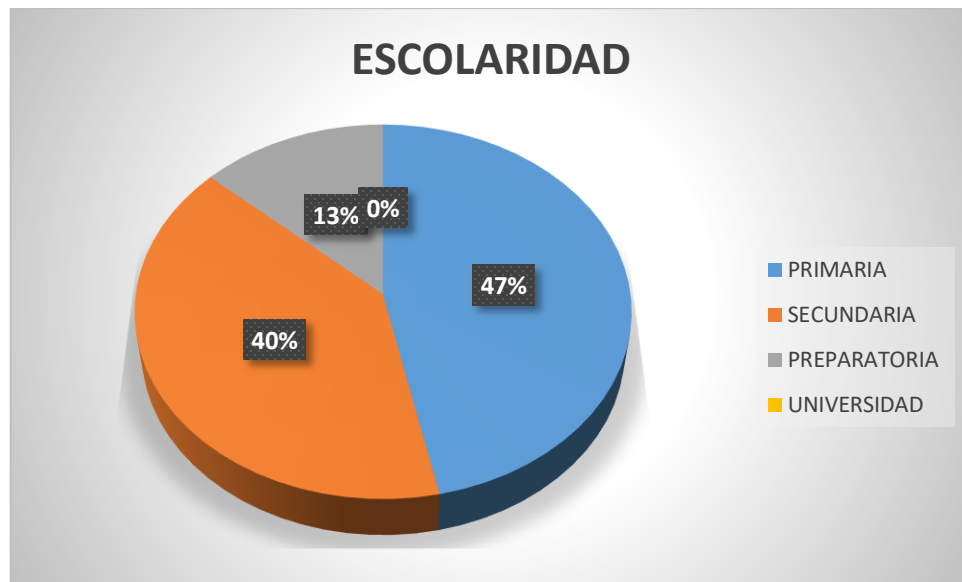
Análisis:

La gráfica nos muestra que la población encuestada en su mayoría fue del sexo femenino, en un 87%, y el 13% restante correspondió a población masculina.

Interpretación:

Esta gráfica nos permite observar que las opiniones obtenidas en su mayoría fueron emitidas por mujeres, lo que nos da una ligera tendencia masculina sobre la opinión de las mujeres.

Gráfica 3



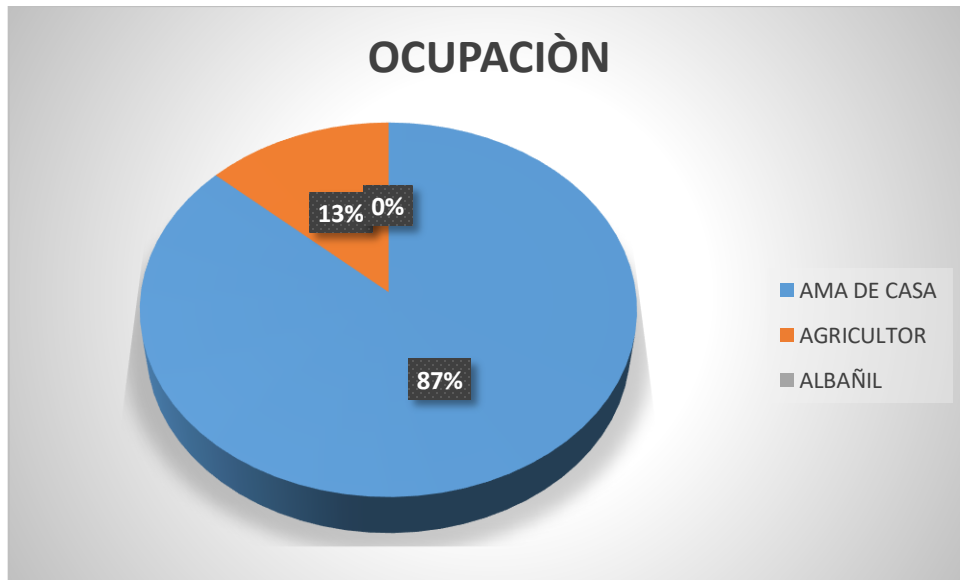
Análisis:

La gráfica nos muestra que el 100% de la población encuestada cuenta con algún grado escolar; de los cuales un 47% tiene un nivel primario, un 40% secundaria, 13% preparatoria y universidad un 0%.

Interpretación:

Esta gráfica nos revela de manera importante que la población encuestada está alfabetizada, por lo que sus opiniones no solo provienen de una educación informal o no formal, sino también escolarizada para fortalecer su aprendizaje.

Gráfica 4



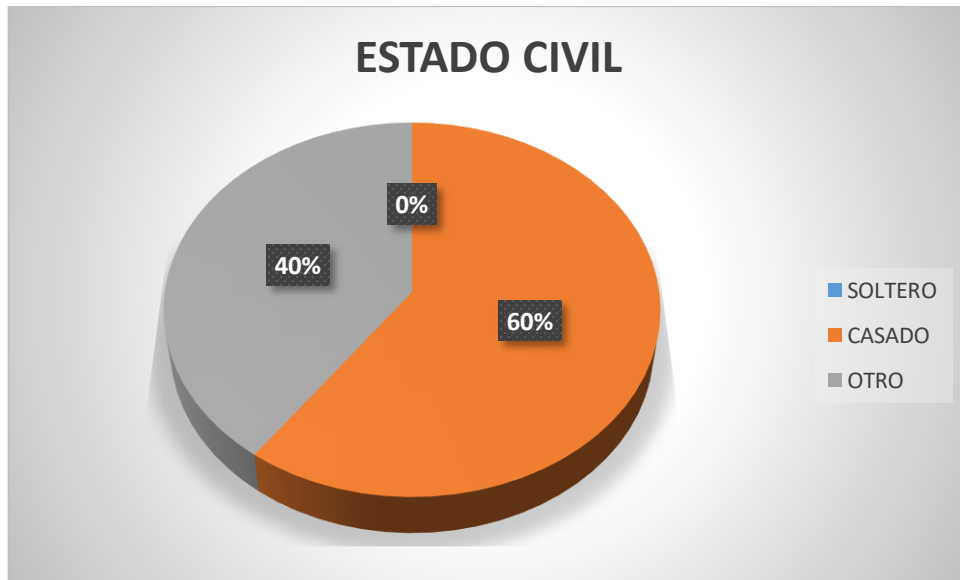
Análisis:

Esta grafica nos arroja que la mayoría de la población encuestada, en un 87% son ama de casa, un 13% agricultores y 0% albañiles.

Interpretación:

De manera interesante notamos en la gráfica que la mayoría de la población se dedican en ser ama de casa ya que no trabajan y se dedican en cosas del hogar y cuidado de sus hijos, y muy poco de agricultor ya que la mayoría de los padres de familia salen fuera de la población para dedicarse a otro tipo de trabajo.

Gráfica 5



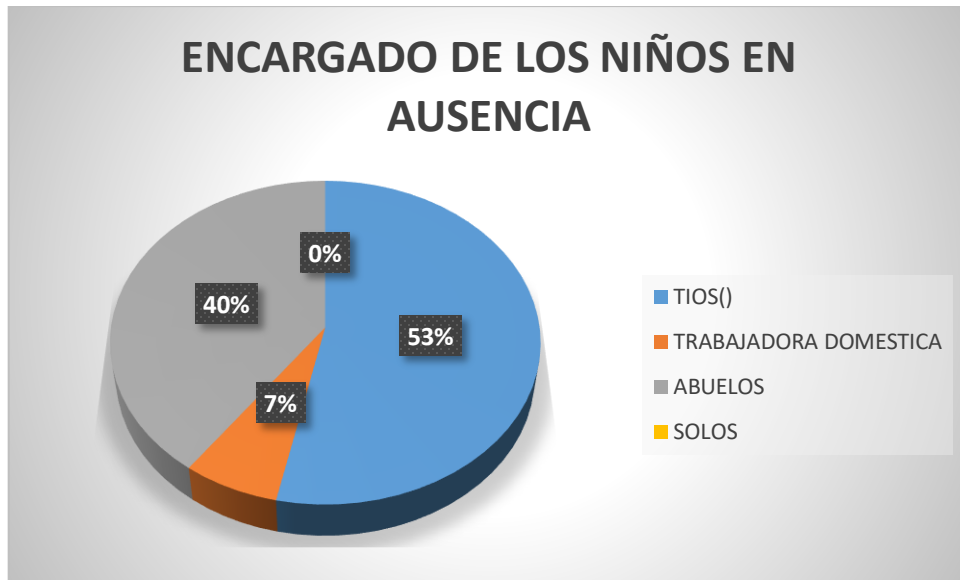
Análisis:

En esta grafica notamos que la mayoría de la población, en un 60% a las personas que están casados, en un 40 %otro ya que se refiere que están en unión libre y el 0% que están solteros.

Interpretación:

En la gráfica podemos observar las tres opciones en las cuales la mayoría de la población de su estado civil casi la mayoría de las personas está casados y el otro por ciento es de otro tipo es decir que solamente se juntaron con su pareja ya que casi pocos están solteros.

Gráfica 6



Análisis:

Esta grafica nos arroja que la mayoría de las personas, el 53 % son tíos, el 40% abuelos, un 7% se quedan con una trabajadora doméstica.

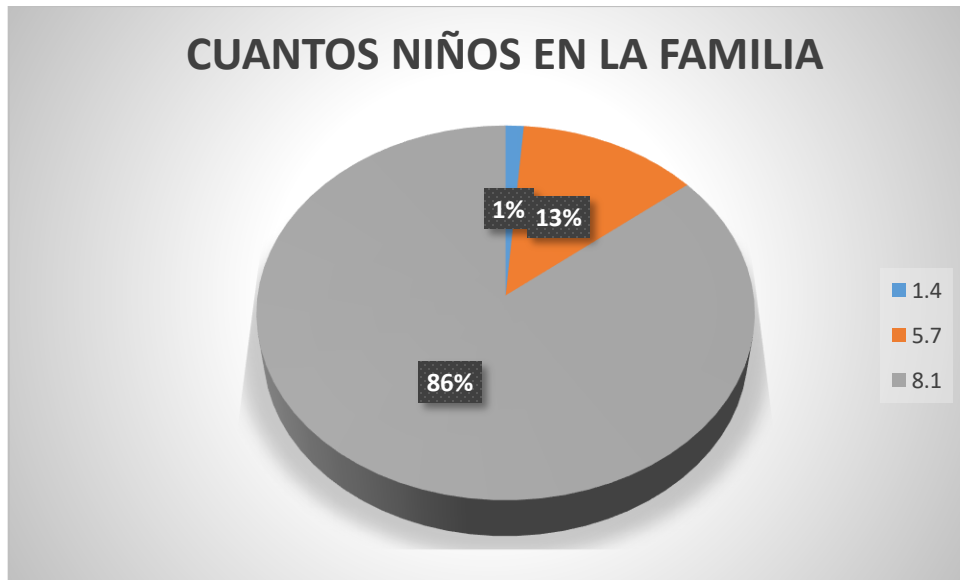
Interpretación:

En la gráfica podemos observar que la mayoría de la población dejan encargados a sus hijos con los tíos, muy poco con los abuelos ya que comentan que a veces los abuelos quedan más tiempo en casa y rara la vez los dejan con una trabajadora doméstica, la mayoría de los niños no quedan solos.

TABLA 2 DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CUANTOS NIÑOS EN LA FAMILIA	1-4	14	93
	5-7	1	7
	8-10	0	0
	TOTAL	15	100%
INTEGRANTES DE FAMILIA	2-4	5	33
	5-7	9	60
	8-10	1	7
	TOTAL	15	100%
EDAD DE NIÑOS	1-3	9	60
	4-6	4	27
	7-10	2	13
	TOTAL	15	100%
INTEGRANTES ADULTOS DE FAMILIA	2-4	15	100
	5-7	0	0
	TOTAL	15	100%
EQUIPO DE COCINA	ESTUFA	1	7
	FOGON	6	40
	AMBAS	8	53
	TOTAL	15	100%
ELECTRICIDAD	SI	15	100
	NO	0	0
	TOTAL	15	100%

Gràfica 7



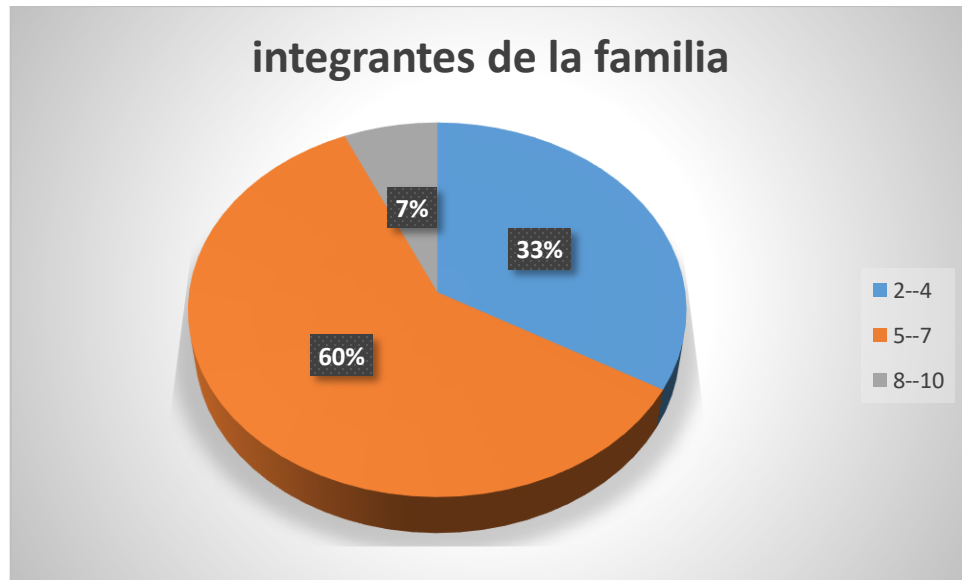
Análisis:

Al realizar la encuesta referente a la pregunta cuantos niños tiene en su familia en el cual el 86% de 1 a 8 niños, el 13% de 5-7 niños y el 1% de 1 a 4 niños.

Interpretación:

La gráfica nos permite tener una idea general de cuantos hijos tienen a su cargo es decir cuántos de ellos son menores de edad, podemos observar que la mayoría de la población tienen de uno a ocho hijos menores ya que a veces se descuidan en planificar y es por ese motivo que tienen más hijos en su hogar.

Gráfica 8



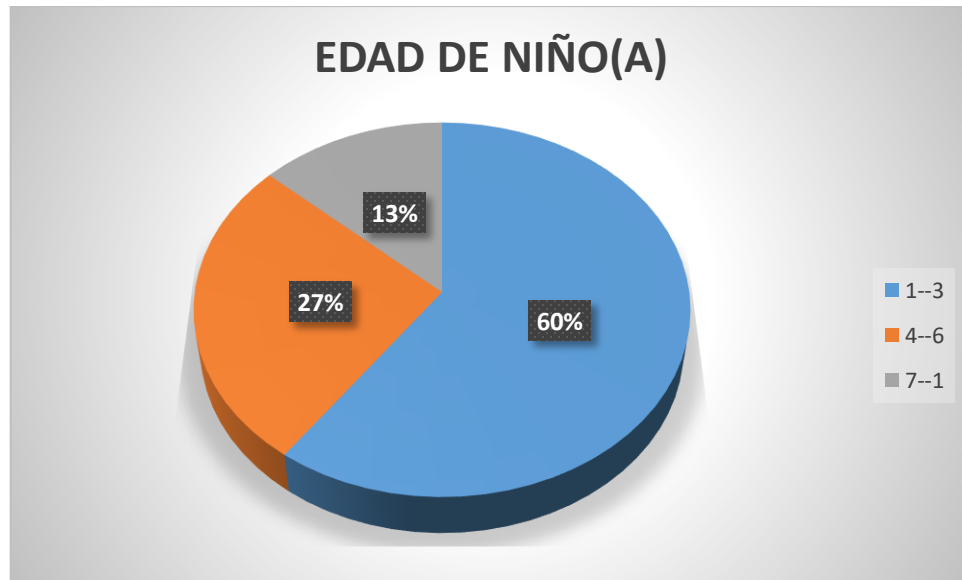
Análisis:

En la gráfica podemos notar que la mayoría de la población, el 60% de 5 a 7 personas, el 33% de 2 a 4 y el 7% de 8 a 10 integrantes de la familia.

Interpretación:

Esta grafica nos permite observar en general que la población encuestada casi todos tienen muy pocos integrantes de la familia y nos permite analizar qué tan riesgoso tener un accidente de una quemadura.

Grafica 9



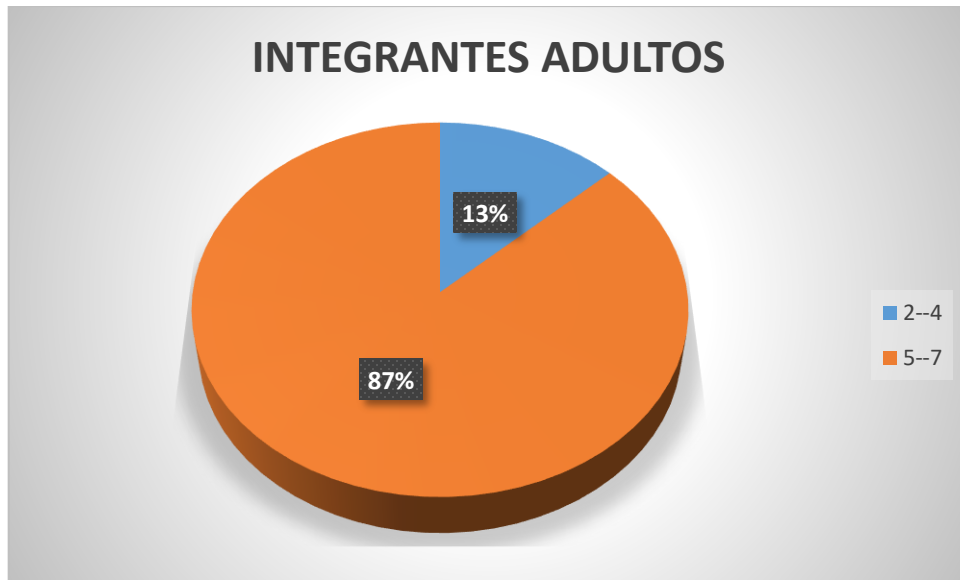
Análisis:

En la gráfica nos permite que el 100% de la población, el 60% de 1 a 3 años, el 27% de 4 a 6 años y el 13% de 7 a 1 año.

Interpretación:

En la gráfica nos permite observar la cantidad o porcentaje de la edad de los niños que habitan cada uno de los hogares.

Gráfica 10



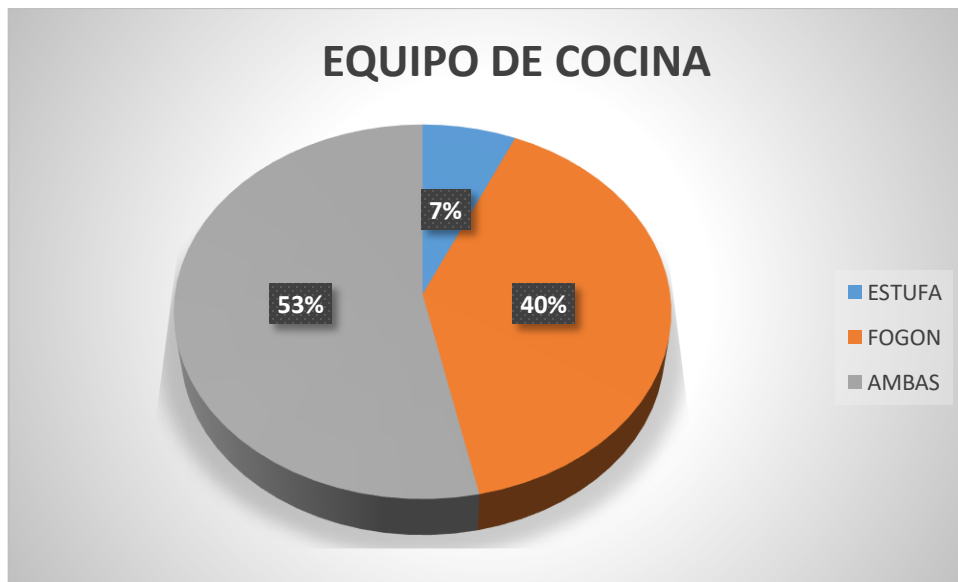
Análisis:

En la gráfica nos muestra que la mayoría de la población del 87% de 5 a 7 integrantes adultos y el 13% de 2 a 4 integrantes adultos.

Interpretación:

Esta grafica nos revela de manera importante que la mayoría de las familias tienen adultos mayores en su hogar ya que nos indica la prevalencia que dejan encargados a los niños pequeños en su cuidado de ellos.

Gráfica 11



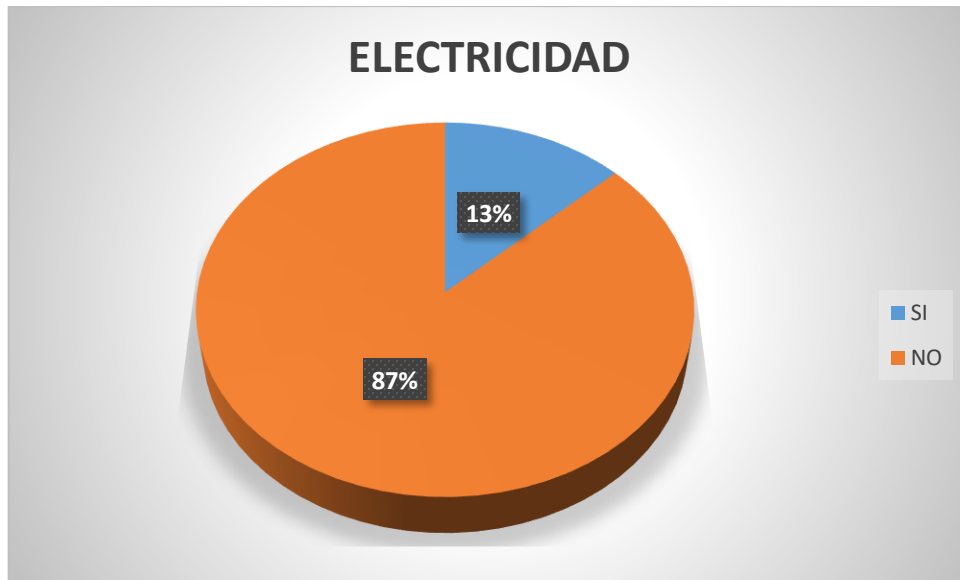
Análisis:

La grafica nos muestra que un 53% de los encuestados utilizan ambos equipos de cocina, el 40% solo usa fogón y el 7% estufa.

Interpretación:

En la gráfica vemos que la mayoría de la población encuestada tienen los dos artículos de equipo de cocina en el cual hay mucha probabilidad de que haiga pequeños accidentes de una quemadura en el hogar, pocas personas utilizan fogón a aire libre ya que hay mucha probabilidad de que el niño sufra una quemadura leve o grave.

Gráfica 12



Análisis:

En la gráfica nos muestra que la mayoría de la población encuestada el 87% no tiene electricidad y el 13% tienen electricidad.

Interpretación:

En esta grafica vemos como una vez más la sensibilidad de la población la mayoría de las personas tienen esa escases de luz eléctrica ya que son una zona que se corta la luz y son días que se establece la electricidad.

III.- CONOCIMIENTOS SOBRE LAS QUEMADURAS

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE QUEMADURA	SI	11	73
	NO	4	27
	TOTAL	15	100%
ACCIDENTE DE QUEMADURA	SI	7	47
	NO	8	53
	TOTAL	15	100%
ANTECEDENTES FAMILIARES QUEMADOS	SI	6	40
	NO	9	60
	TOTAL	15	100%
CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN	SI	9	60
	NO	6	40
	TOTAL	15	100%
CONOCIMIENTO DE TIPO DE QUEMADURA	SI	3	20
	NO	12	80
	TOTAL	15	100%
CONOCE REACCIÓN DE QUEMADURA AGUA HIRVIENDO	SI	6	40
	NO	9	60
	TOTAL	15	100%
CONOCE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR UNA QUEMADURA	SI	7	47
	NO	8	53
	TOTAL	15	100%
DEJA AL ALCANZE ALIMENTOS CALIENTES DE LOS NIÑOS	SI	1	7
	NO	14	93
	TOTAL	15	100%

Grafica 13



Análisis:

En la gráfica representa el 87% que no tienen un nivel de conocimiento en quemadura y el 13% que si tienen conocimiento de la quemadura.

Interpretación:

En esta grafica volvemos a notar que la mayoría de la población no tiene un conocimiento de las quemaduras ya que hay mucha probabilidad de que no sepan a ser ante un accidente de una quemadura o poder prevenir dicho accidente en sus hijos menores de edad.

Grafica 14



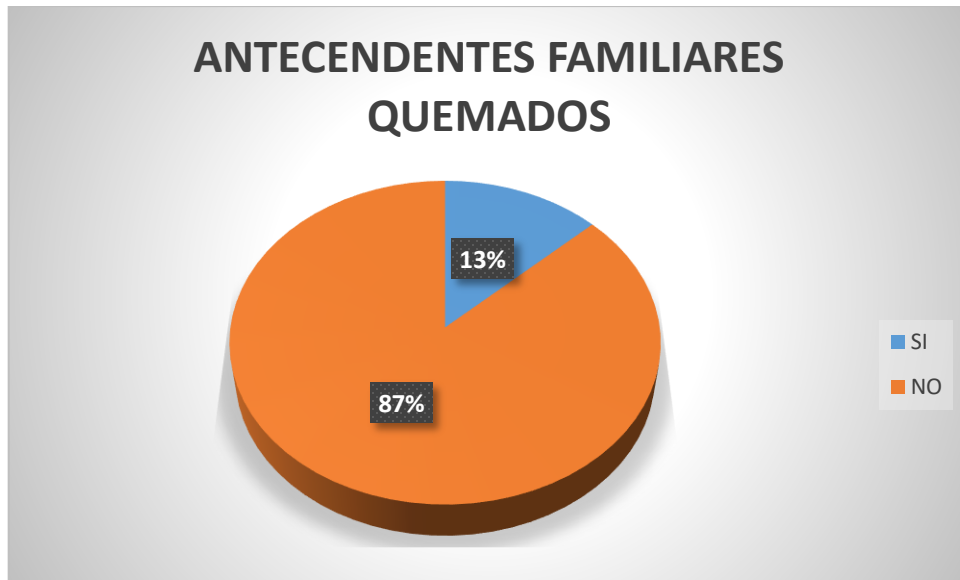
Análisis:

La grafica nos señala que un 87% de los encuestados opinan que no han tenido ningún accidente en el hogar y el 13% que si han tenido accidentes en el hogar.

Interpretación:

Los resultados de esta grafica nos muestra que hay una alta cantidad de población que opinan que no han tenido ningún accidente en su hogar con sus hijos dentro del entorno de la cocina.

Grafica 15



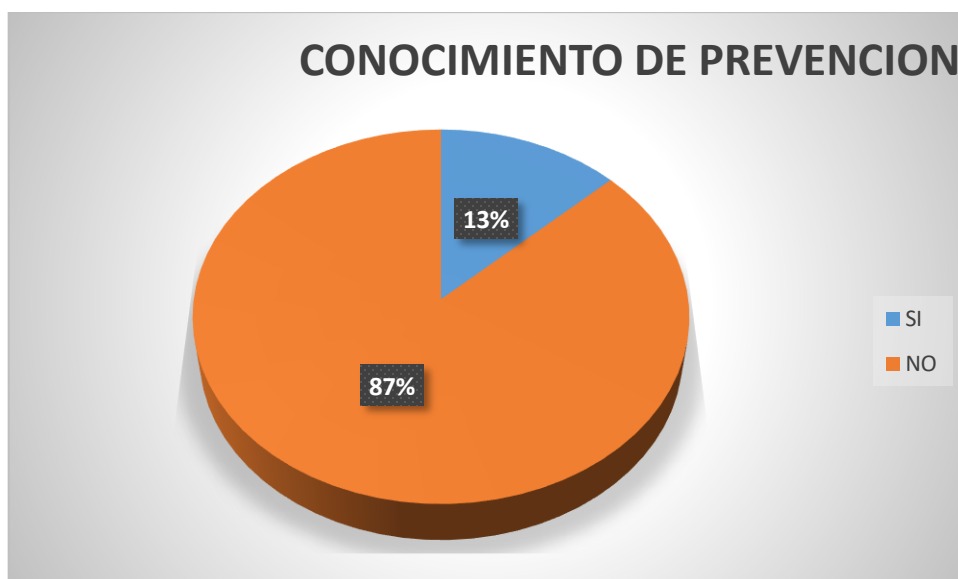
Análisis:

La grafica que el 87% de los encuetados no tienen antecedentes familiares quemados y el 13% si han tenido antecedentes familiares quemados.

Interpretación:

Estos resultados que obtuvimos nos presenta una mayor cantidad de personas no han tenido ningún accidente, ya que son precavidos para que no suceda eso ya que los padres de familia son muy cuidadosos en ese aspecto.

Grafica 16



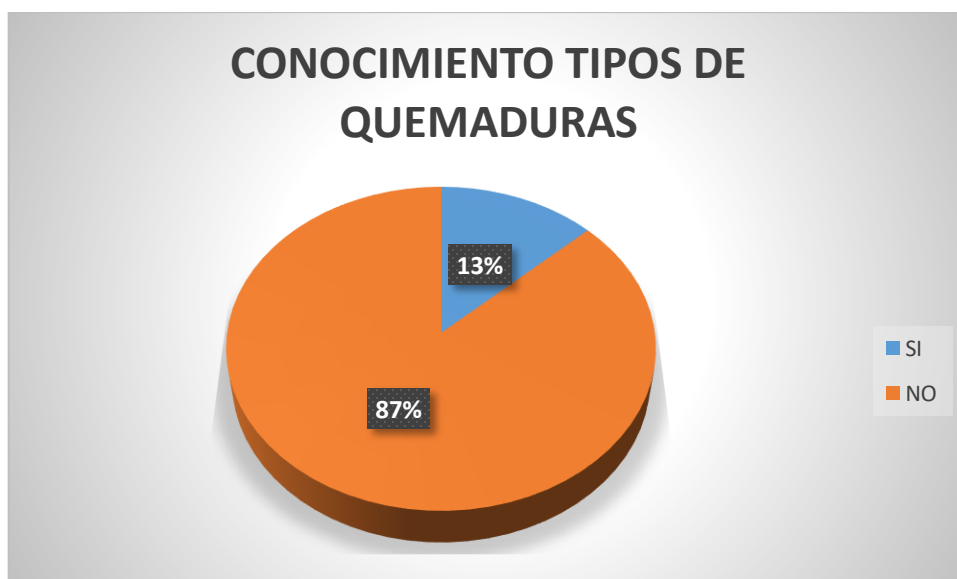
Análisis:

La grafica nos muestra que el 87% de la población no tienen el conocimiento de la prevención de una quemadura y el 13% tiene ese conocimiento de la prevención.

Interpretación:

Estos resultados nos muestran que la mayoría de la población no tiene el conocimiento básico de la quemadura y como poder prevenirlas en el hogar ya que el otro porcentaje nos refleja que hay muy poca población que tienen esos conocimientos básicos de la prevención de la quemadura.

Grafica 17



Análisis:

La grafica que la mayoría de la población encuestada el 87% no tienen el conocimiento de los tipos de quemaduras que existen y el 13% si tienen el conocimiento de los tipos de quemaduras que existen.

Interpretación:

Los resultados que nos refleja en la gráfica que hay una cantidad de población que no tienen el conocimiento de los tipos de quemadura ya que como nos muestra en el resultado del nivel de estudio no conocen sobre el tema y no le ponen importancia para obtener nuevos conocimientos ya que están ocupados en el trabajo o no tienen tiempo.

Grafica 18



Análisis:

La grafica nos señala que el 87% de la población encuestada tienen el conocimiento que hacer con una quemadura con agua hirviendo y el 13 % que si lo tiene.

Interpretación:

Los resultados de la gráfica son muy claros ya que la mayoría de la población no tienen ese conocimiento que hacer o cómo actuar cuando un niño se quema con agua hirviendo y el otro porcentaje nos menciona que si tienen ese conocimiento positivo ya que en ocasión es ellos han tomado ese tiempo de leer o ir a campañas de salud.

Grafica 19



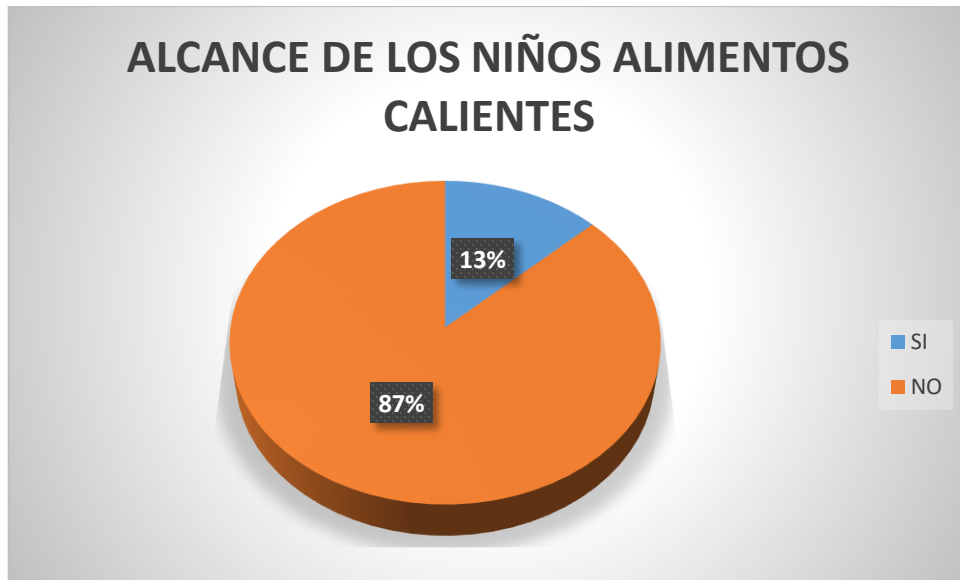
Análisis:

Esta grafica nos muestra que el 87% de la población no conocen la prevención de las quemaduras y 13% conocen de la prevención de quemaduras.

Interpretación:

Como podemos observar la mayoría de la población encuestada no tiene ese conocimiento de las medidas de la seguridad para poder prevenir una quemadura leve, moderada o grave ya que lo que esperábamos que conocieran el tema pero tomamos en cuenta su opinión de cada uno.

Grafica 20



Análisis:

En la gráfica nos muestra que el 87% de la población no dejan al alcance objetos calientes a los niños y el 13% respectivamente sí.

Interpretación:

En la gráfica notamos que la mayoría de las personas si son muy cuidadosas en ese aspecto de dejar cosas calientes al alcance de los niños pequeños ya que ellos son muy precavidos en ese caso.

IV.- MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL HOGAR

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
ALIMENTOS A QUE TEMPERATURA LOS SIRVE	CALIENTE	7	47
	TIBIO	5	33
	FRIO	3	20
	TOTAL	15	100%
CONCUME ALIMENTOS CALIENTES CON NIÑOS EN BRAZOS	SIEMPRE	6	40
	A VECES	4	27
	NUNCA	5	33
	TOTAL	15	100%
UBICACIÓN DE LA COCINILLA	EN EL SUELO	3	20
	BANCO O SILLA	5	33
	MUEBLE ALTO	7	47
	EN EL SUELO Y SILLA	0	0
	TOTAL	15	100%
FOSFOROS Y ENCENDEDORES DEJA ALCANCE DE L NIÑO	SIEMPRE	0	0
	AVECES	6	40
	NUNCA	9	60
	TOTAL	15	100%
DEJA CANDELAS ENCENDIDAS	CUANDO NO HAY LUZ	8	53
	PETICIONES DE SANTO	3	20
	NO DEJO CANDELAS	4	27
	TOTAL	15	100%
POSICION LOS MANGOS DE OLLAS Y SARTENES CUANDO PREPARA	HACIA ADENTRO	5	33
	HACIA AFUERA	3	20

	DISTINTAS POSICIONES	7	47
	TOTAL	15	100%
COCINA DE 4 DISCOS CUALES USA	LOS DE ATRÁS	3	20
	LOS DE ADELANTE	6	40
	CUALQUIER DISCO	6	40
	TOTAL	15	100%
AVISA A SUS FAMILIARES QUE TRASLADA ALGO CALIENTE	SI	9	60
	NO	3	20
	AVECES	3	20
	TOTAL	15	100%
DESPUES DEL USO DE PLANCHA DONDE LA DEJA	EN EL SUELO	5	33
	EN UN MUEBLE ALTO	5	33
	TABLA DE PLANCHAR	3	20
	SE ME OLVIDA	2	13
	TOTAL	15	100%
SI HAY CABLE PELADO USTED	COLOCA CINTA	11	73
	TIENE CUIDADO NO LO TOCA Y LOS DEJA ASI	0	
	CAMBIABA LOS CABLES	4	27
	TOTAL	15	100%
ACOSTUMBRA COMPRAR POLVORA	SI	9	60
	A VECES	5	33
	NUNCA	1	7
	TOTAL	15	100%
DIA DE CAMPO USTED APAGA LAS	SI	14	93
	NO	0	0
	AVECES	0	0

BRASAS CUANDO TERMINA	SE NOS OLVIDA	1	7
	TOTAL	15	100%
ENCHUFES(PASA CORRIENTES)ESTAN CUBIERTOS	SIEMPRE	2	13
	A VECES	1	7
	NUNCA	12	80
	TOTAL	15	100%
CADA CUANTO TIEMPO REvisa EL ESTADO INSTALACION ELECTRICA	NUNCA	1	7
	1 A 4 AÑOS	5	33
	5 A 10 AÑOS	9	60
	TOTAL	15	100%

Grafica 21



Análisis:

Esta grafica nos muestra la temperatura en que se sirven los alimentos los padres de familia los padres de familia encuestada el 47% sirve los alimentos calientes, el 33% de los encuestados sirven los alimentos tibios y el 20% lo sirven fríos.

Interpretación:

La información arrojada en esta grafica nos permite tener una idea general de este tema la temperatura en que se sirven los alimentos, ya que se obtuvo un mayor porcentaje muy alto en los padres que sirven los alimentos calientes, nos muestra que debemos orientar a los padres a tener mucha precaución con los alimentos calientes.

Grafica 22



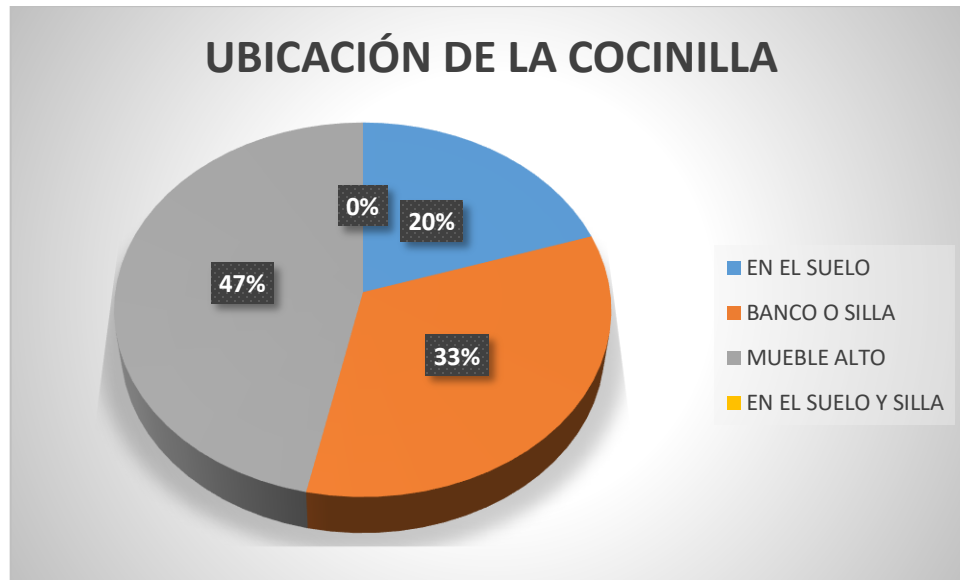
Análisis:

Como se observen el grafico la encuesta concluyo que el 40 % de los padres de familia consume alimentos con niños en brazos y podemos apreciar que un 33% corresponde a los padres que respondieron que nunca lo hacen, y con un 27 % lo hace algunas veces.

Interpretación:

De acuerdo a estos resultados se puede decir que hay un número mayor de riesgo de las quemaduras en los niños debidamente a la irresponsabilidad de los padres.

Graficas 23



Análisis:

Según el lugar donde los padres tienen ubicado sus cocinillas el mayor porcentaje los padres los colocan en un mueble alto, lo cual se representa con el 47 %, mientras que el 33% lo coloca en un banco o silla y el 20% en el suelo esto se aprecia en la gráfica.

Interpretación:

Se refiere que el lugar del hogar donde mayormente ocurren quemaduras es en la cocina, ya que en este lugar los niños pueden retirar recipientes que contengan objetos calientes.

Grafica 24



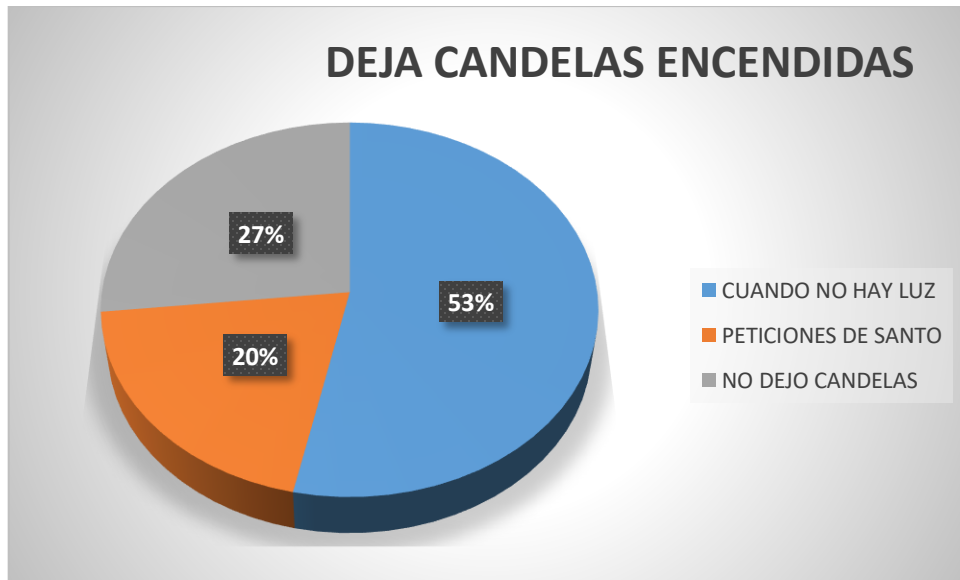
Análisis:

La siguiente grafica nos muestra que el 60% de los padres de familia tienen mucho cuidado con los niños más pequeños y no dejan los fósforos y encendedores al alcance de los niños, y el 40% de los padres en un descuido se les olvida algunas veces.

Interpretación:

La información arrojada en esta grafica nos permite ver que los padres de familia son muy responsables en casos de la cocina y mantener al margen a los niños.

Grafica 25



Análisis:

Esta grafica nos muestra que los padres de familia el 53% dejan velas encendidas únicamente cuando no hay luz, y el 27% no dejan velas encendidas y el 20% dejan velas para peticiones de santo.

Interpretación:

Al concluir la encuesta el máximo porcentaje de la gráfica nos mostró que en caso necesario se dejan las velas encendidas pero con el mayor cuidado.

Graficas 26



Análisis:

Al realizar la encuesta obtuvimos estos resultados del tema posición de los mangos de ollas y sartenes cuando se preparan los alimentos y obtuvimos que el 47% lo dejan en distintas posiciones, así como también el 33% lo dejan hacia dentro y el 20% lo dejan por fuera.

Interpretación:

De acuerdo a la gráfica nos muestra que un porcentaje de 47% de padres de familia encuestados tienen la mayor precaución al cocinar.

Grafica 27



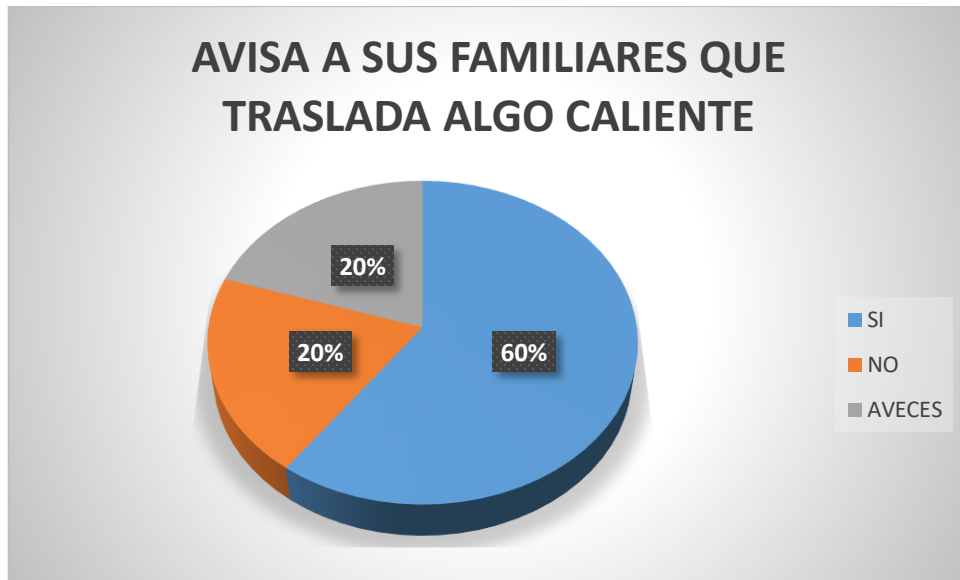
Análisis:

En cuanto a la encuesta de la forma de cocinar se obtuvo los siguientes resultados el 40% de los encuestados dijeron que utilizan los discos de adelante y con el mismo porcentaje de 40% dijeron que utilizan cualquier disco con un 20% utilizan los discos de atrás.

Interpretación:

En este grafico nos da a conocer que un 40% si le ponen atención que disco utilizar y así como también el 40% no le ven el lado malo de utilizar todos los discos.

Grafica 28



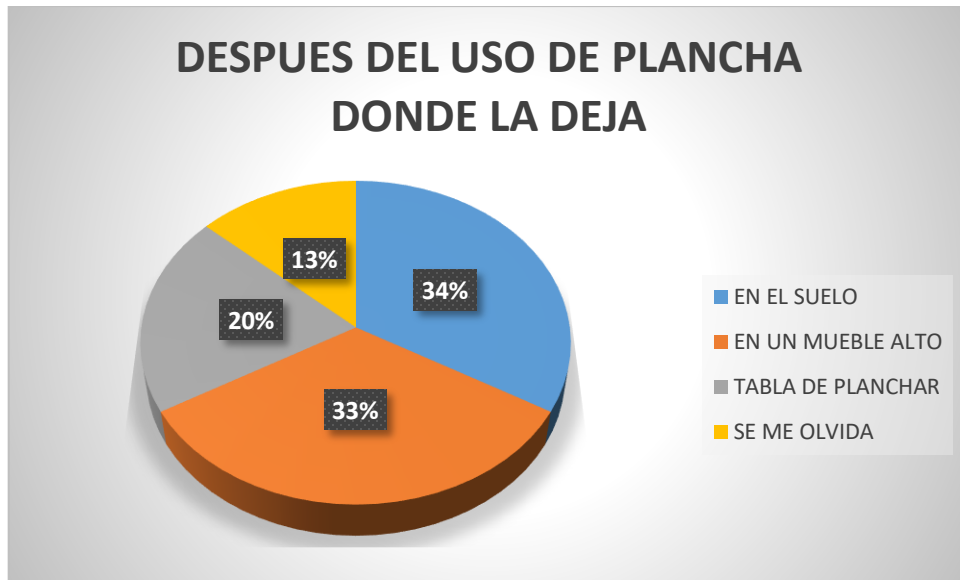
Análisis:

En cuanto a la pregunta que si avisan a sus familiares que trasladan algo caliente, el 60% de los encuetados dijeron que si avisan y el 20% y un 20% respondieron que avisan algunas veces.

Interpretación:

Se puede interpretar que hay dominio en la precaución al trasladar algo caliente, es debido a que en casa hay niños muy pequeños y están muy al pendiente de ellos.

Grafica 29



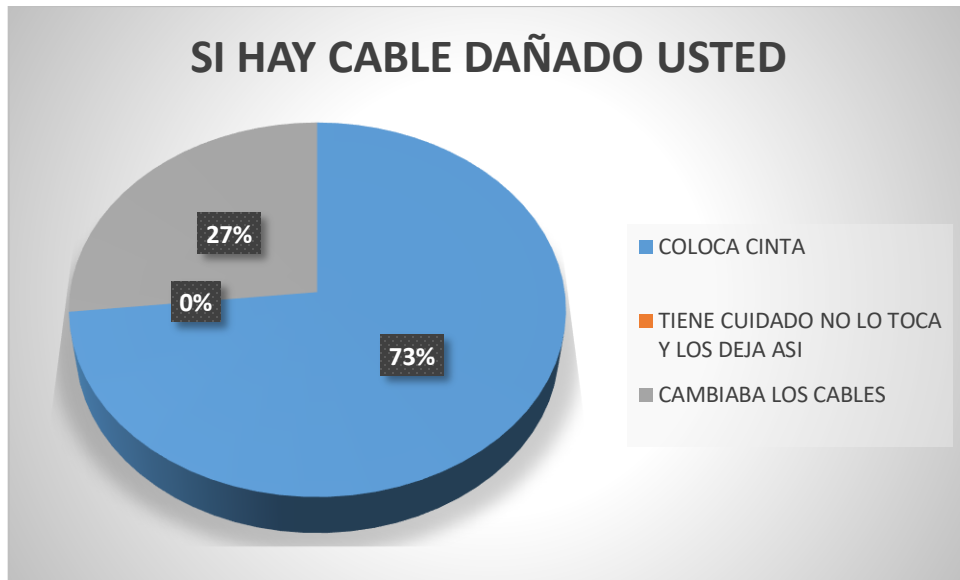
Análisis:

Según el lugar donde colocan la plancha después de usarlas el 34% dijo que lo deja en el suelo, y el 33% de los encuestados lo dejan en un mueble alto, el 20% lo dejan en la tabla de planchar, el 13% se olvida y lo deja muy al alcance de los niños.

Interpretación:

En cuanto a la encuesta los factores de riesgos para las quemaduras son con un 13% debido a que no cuentan con objetos como los antes mencionados y la causa es los factores socioeconómicos

Grafica 30



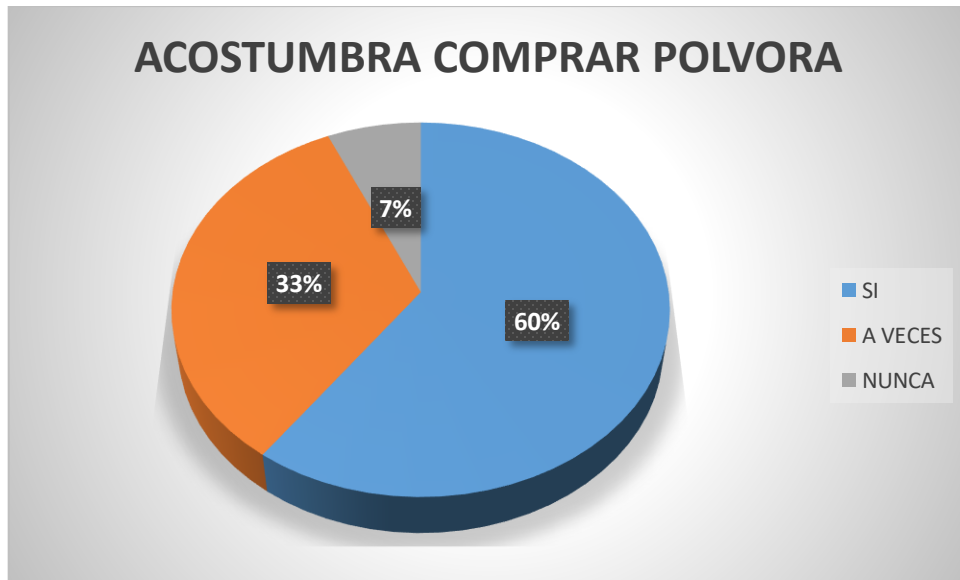
Análisis:

Al preguntar que hacen si hay cables dañados, el 75% corresponde a los encuestados que respondieron que colocan cinta, el 27% cambian los cables, y un 0% tienen cuidado no lo toca y lo deja así.

Interpretación:

En la encuesta realizada podemos observar que es un porcentaje mayor el riesgo para las quemaduras.

Grafica 31



Análisis:

Se realizó también la pregunta si los padres de familia acostumbran a comprar pólvora, y los resultados obtenidos fueron, 60% dijeron que si, un 37 % dijeron que a veces ,7% dijeron que nunca compran.

Interpretación:

Al obtener estos resultados nos da a conocer que la mayoría de los padres acostumbran a comprar pólvora pero también especificando que son muy responsables, aunque no descartamos que es uno de los mayores riesgos de quemaduras

Grafica 32



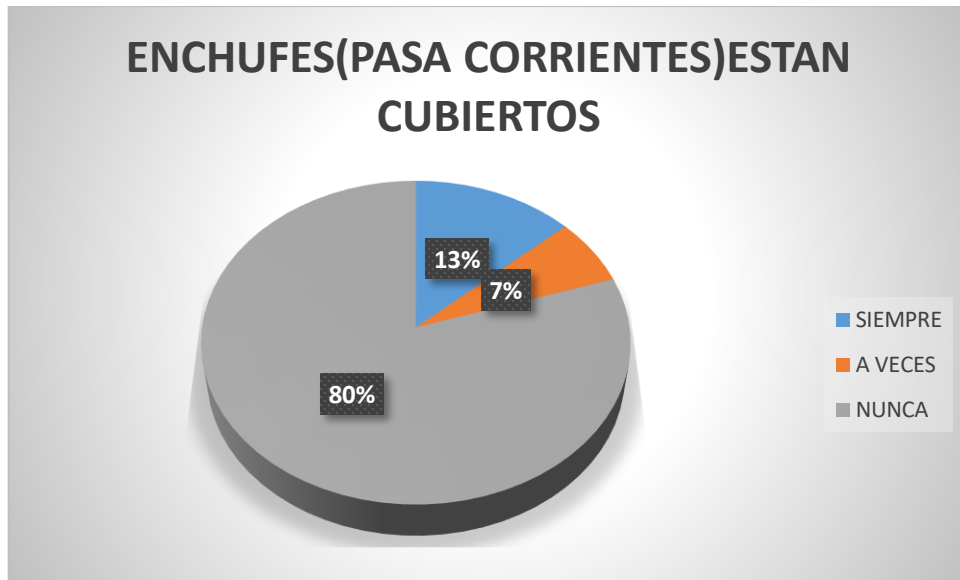
Análisis:

Del grupo total de encuesta sobre el tema si van de día de campo apagan las brasas al término, el 93%respondio que si apagan las brasas, el 7% se les olvida y no hubieron personas que contestaran q no lo apagan.

Interpretación:

En esta grafica nos da a conocer que la mayor parte de los encuestados son muy responsables cuando salen de día de campo.

Grafica 33



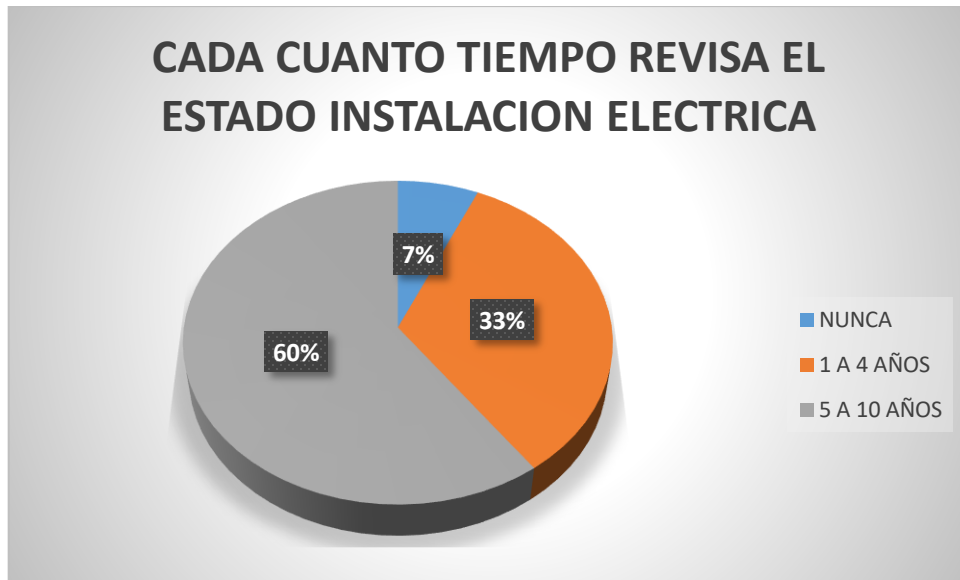
Análisis:

Al realizar la encuesta si los enchufes están cubiertos considerando como uno de los riesgos más peligrosos para las quemaduras eléctricas los encuestados el 80% contestaron que nunca los mantienen cubiertos, el 13% los tienen cubiertos y con el 7% que los mantienen cubiertos en algunas veces.

Interpretación:

En este grafico nos representa que la mayor parte de los encuestados no cubren sus enchufes y se genera el mayor riesgo de quemaduras por el cual debemos dar a conocer las medidas preventivas y la importancia de llevarlas a cabo.

Grafica 34



Análisis:

Hicimos la encuesta en que tiempo los padres de familia revisan el estado de la instalación eléctrica y el 60% dijo que lo revisan de 5 a 10 años, el 33% de 1 a 4 años, el 7% no lo revisan porque para ellos no es considerada como un riesgo de quemaduras.

Interpretación:

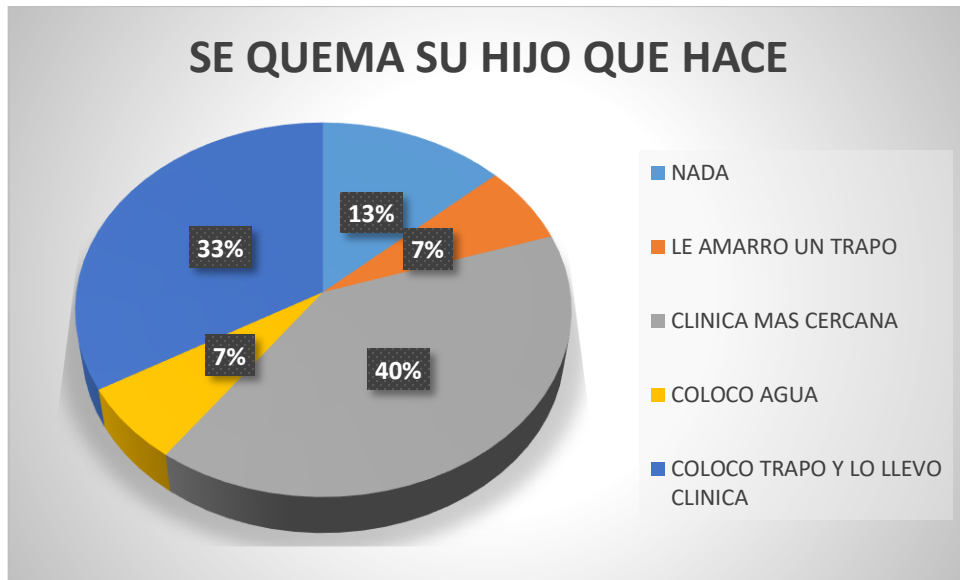
En estos resultados vemos que la mayoría lo revisan no muy consecutivo pero no pasa de desapercibido.

V.- CUIDADOS

DETALLE	VARIABLE	FRECUENCIA	%
SE QUEMA SU HIJO QUE HACE	NADA	2	13
	LE AMARRO UN TRAPO	1	7
	CLINICA MAS CERCANA	6	40
	COLOCO AGUA	1	7
	COLOCO TRAPO Y LO LLEVO CLINICA	5	33
	TOTAL	15	100%
APAGA EL CARBON CUANDO CAE AL SUELO	SI	14	93
	NO	0	0
	AVECES	1	7
	TOTAL	15	100%
USA REMEDIOS CASEROS EN QUEMADURAS	SI	9	60
	NO	4	27
	A VECES	2	13
	TOTAL	15	100%
DEJA SOLOS SUS HIJOS CERCA DE LA COCINA	SI	4	27
	NO	7	46
	A VECES	4	27
	TOTAL	15	100%
DEJA SOLOS SUS HIJOS EN CASA CON SUS HERMANOS	SI	4	27
	NO	4	27
	A VECES	4	26
	SIEMPRE	3	20
	TOTAL	15	100%
UTILIZA POMADAS EN PIEL QUEMADA	SI	6	40
	NO	3	20
	AVECES	3	20
	NUNCA LO HAGO	3	20
	TOTAL	15	100%

CONOCE LOS CUIDADOS SI UN NIÑO ESTA QUEMADO	SI	3	20
	NO	12	80
	TOTAL	15	100%
DEJA QUE SU HIJO MENOR COCINE	SI	3	20
	NO	8	53
	A VECES LO HAGO	4	27
	TOTAL	15	100%

Grafica 35



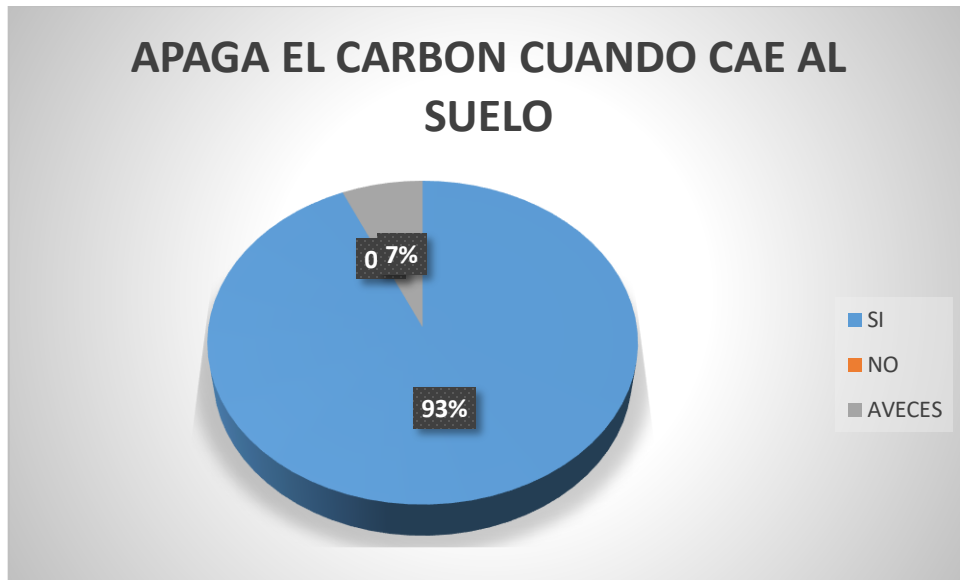
Análisis:

La grafica nos señala que un 40% de los encuestados cuando su hijo se quema lo lleva a una clínica más cercana, que el 33% le coloca un trapo y lo lleva a una clínica, el 13% solo le coloca agua, un 7% solo le amarro un trapo y finalmente 7 % no le hace nada.

Interpretación:

En esta grafica nos damos cuenta que a los padres de familia les falta mucho por completar sus conocimientos al que hacer cuando sufren una quemadura, que al no saber qué hacer podemos tener en riesgo a los menores que sufren una quemadura

Grafica 36



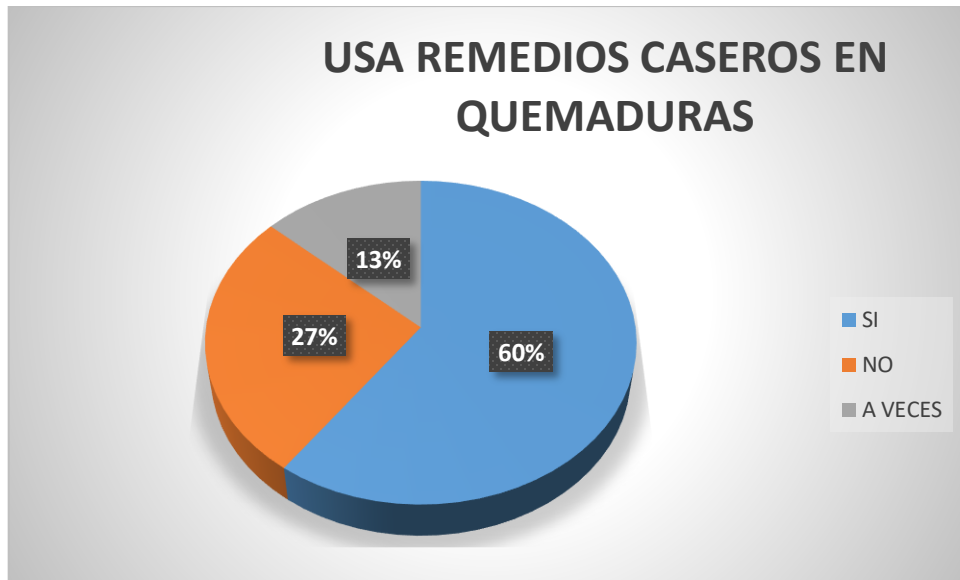
Análisis:

En esta grafica podemos notar que el 93% apaga el carbón encendido cuando cae al suelo, un 7% a veces lo hace y finalmente un 0% no.

Interpretación:

Con los resultados de esta grafica podemos ver que la mayoría de los padres disminuyen un riesgo de quemadura hacia sus hijos, mientras el 7% ignora ese riesgo en su hogar.

Grafica 37



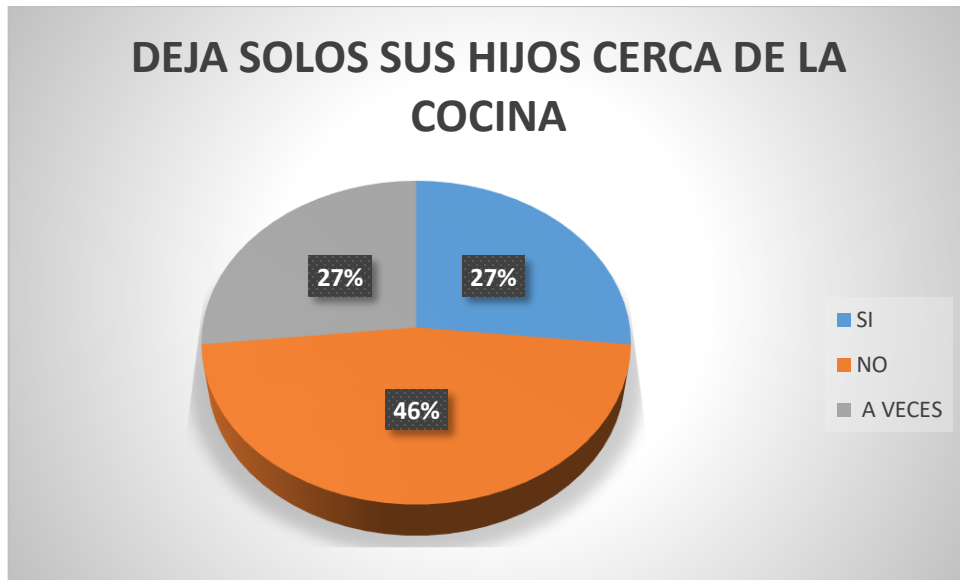
Análisis:

Esta grafica nos muestra un 60% que usan remedios caseros en una quemadura, un 27% no usan y un 13% a veces lo hacen.

Interpretación:

La población de esta comunidad tiene sus propios remedios para calmar aquellas quemaduras que se presentan. Siempre es importante estar informados de usar en una quemadura.

Grafica 38



Análisis:

En la gráfica nos revela que los encuestados un 27% dejan solos a sus hijos cerca de la cocina, mientras que el otro 27% a veces y finalmente el 46% no los dejan solos.

Interpretación:

Estos resultados muestran que las quemaduras son una grave amenaza para la supervivencia y salud de los menores, aun cuando el 100 % de ellas pueden prevenirse. A veces la negligencia de las personas adultas lleva a esos riesgos.

Grafica 39



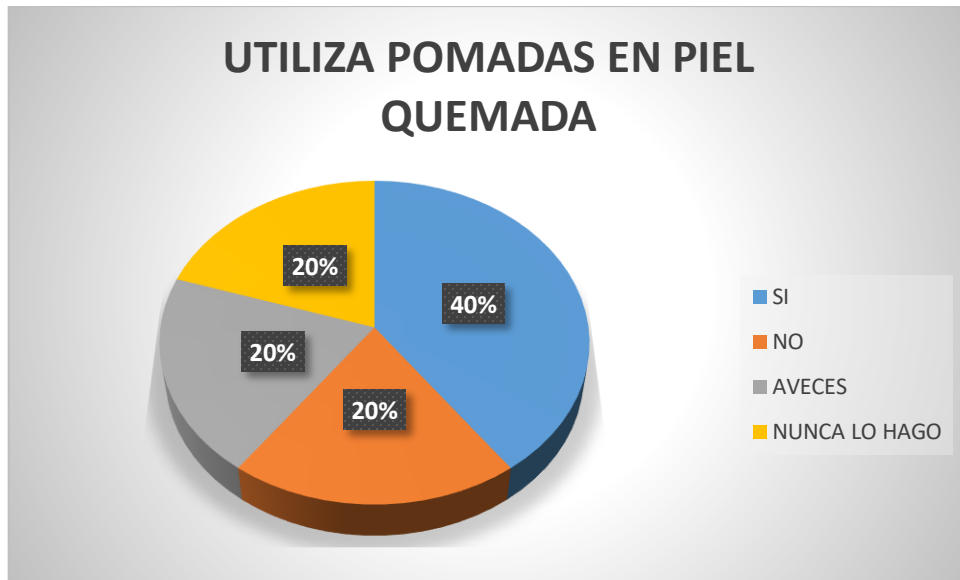
Análisis:

En esta grafica nos indica que a veces un 27% deja solos a sus hijos en casa con sus hermanos, otro 27% no, un 20% que siempre los han dejado solos con sus hermanos y finalmente 26% si los deja cuando es necesario o urgente.

Interpretación:

Con los resultados de esta grafica podemos ver que los riesgos a una quemadura aumentan cuando no hay un adulto vigilando a los menores, los papás deben tener un cuidado permanente con sus hijos y no dejarlos solos

Grafica 40



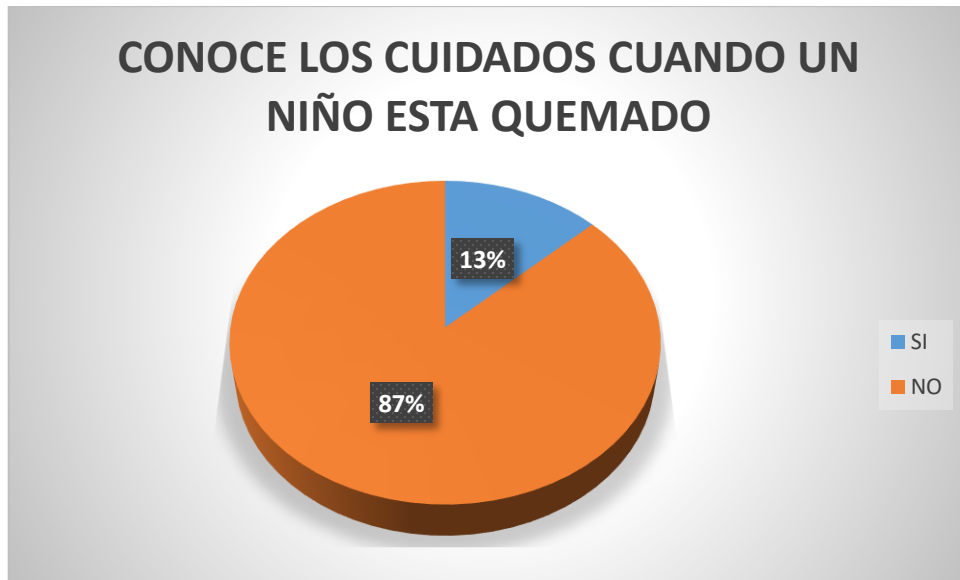
Análisis:

En esta grafica nos muestra que los encuestados un 40% utilizan pomadas en la piel quemada, mientras un 20% nunca ha hecho. Un 20% a veces y finalmente un 20% no.

Interpretación:

Podemos observar que con estos resultados la mayor parte de los encuestados saben cómo aliviar una quemadura y que saben que les ayudara a regenerar más rápido su piel. Mientras que la el 40% prefiere que sane por si sola ya que ellos es mejor sin tantos medicamentos.

Grafica 41



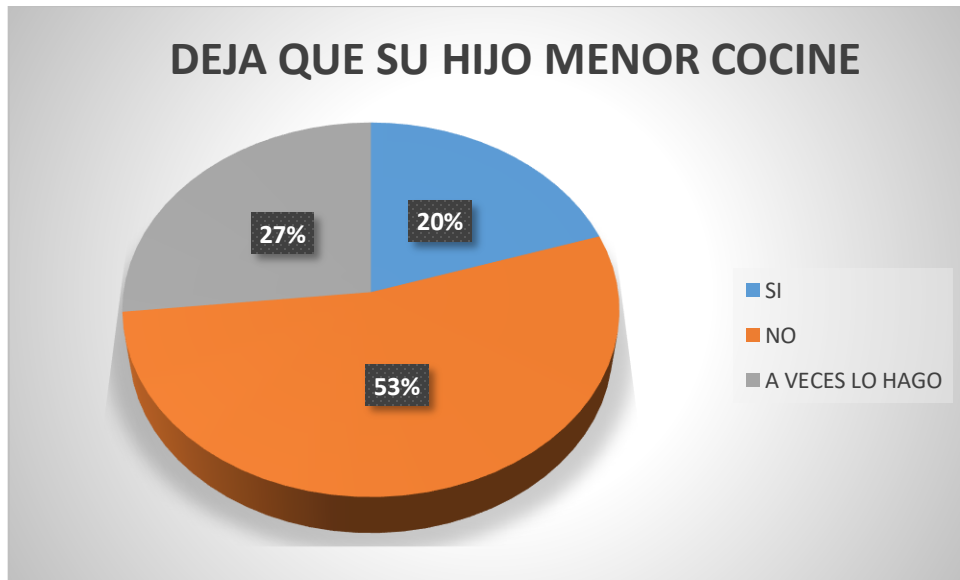
Análisis:

En esta grafica nos muestra que los encuestados, específicamente un 87% no conoce los cuidados cuando un niño esta quemado, un 13 % si tiene conocimientos de que cuidados hacer.

Interpretación:

En esta grafica nos refleja que la mayor parte de los encuestados no tiene los conocimientos de los cuidados cuando un niño esta quemado, podemos cuan es importante las asistencias a un centro de salud cercano, o por cuenta propia buscar información, ya que no saber podemos tener consecuencias. Donde el resto un 13% logra tener un buen cuidado en una quemadura.

Grafica 42



Análisis:

Podemos ver en esta grafica que un 53 % no deja que cocine su hijo menor, un 20% si deja que cocine y 27% a veces lo deja.

Interpretación

Podemos notar claramente que hay un gran riesgo a que los menores sufran quemaduras con fuego, aceites, agua caliente. Que la negligencia de los padres haga que ocurran estos accidentes. Y que 53% está a cuidado de sus hijos.

SUGERENCIAS

A LA POBLACIÓN EN GENERAL:

- ❖ Ser más conscientes en el cuidado de sus hijos menores de edad.
- ❖ Reflexionar al dejar a sus hijos solos o en el cuidado de familiares
- ❖ Tener en cuenta los cuidados en sus hijos.
- ❖ Informarse acerca de los cuidados de una quemadura.

A LOS PADRES DE FAMILIA:

- ❖ Tener en cuenta las medidas preventivas en el hogar.
- ❖ Tener un compromiso de no dejar al alcance de los niños objetos calientes.
- ❖ Tener conocimiento cómo actuar ante un accidente de una quemadura.
- ❖ Capacitar a los padres y madres de familia que ingresan con sus hijos al HPGL con el fin de informarlos en medidas preventivas y primeros auxilios en caso de quemadura, con el objetivo de disminuir el riesgo de que el trauma se repita, o que se produzca en otro de sus hijos.

A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS:

- ❖ Promover pláticas sobre los factores de riesgo de una quemadura.
- ❖ Inculcar a los padres de familia a que asistan al centro más cercano para información sobre las quemaduras.

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD:

- ❖ Promocionar que tienen derecho a informarse sobre el tema.
- ❖ Crear campañas que promuevan la prevención de las quemaduras en menores de edad.

PROPUESTA

IMPLEMENTAR UN PROCESO DE EDUCACIÓN SOCIAL, MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INTERINSTITUCIONAL

El problema de las quemaduras en menores hay causas generales tal como lo hemos identificado en nuestra investigación, por lo que si queremos contribuir a disminuir o prevenir un problema de esta magnitud, tiene que generarse una propuesta del mismo tamaño.

Con el propósito de contribuir a fortalecer sus conocimientos en la atención de las quemaduras, mediante la aplicación de la normatividad en los servicios de un centro de salud se elaboran talleres, pláticas, la elaboración de trípticos de los cuidados o intervención de las quemaduras en menores, son un aporte encaminado a la formación de una cultura de calidad y sustentado en la gestión de los cuidados de enfermería. En este sentido, para su construcción fue fundamental analizar el rol de la enfermera, la naturaleza de los cuidados y las buenas prácticas y su significado. Así también, implicó el análisis y estudio crítico de la literatura científica, que da valor tanto a la experiencia como a la contundencia de la información científica sobre el cuidado del paciente, lo que permitió sacar conclusiones para la construcción de los talleres.

CONCLUSIONES

La siguiente investigación se realizó por la necesidad de conocer con más profundidad el problema de los factores de riesgo de las quemaduras en niños, debido a que se contaba con el antecedente de intervención profesional desde el servicio social durante la carrera de enfermería ; donde se tuvo la oportunidad de tener vivencias muy cercanas con personas que tienen un nivel bajo de los conocimientos de los factores de riesgo de las quemaduras en niños, aunque con estancia definida en muchos casos en nuestro país y particularmente en el Barrio La Pinta Municipio de Chicomuselo. Vivencias que nos impactaron por lo trascendente en la vida de cada uno de ellos, ya que han marcado su vida.

Los conocimientos del personal de enfermería no deben ser simplemente de forma básica sino que también deben enfocarse en lo referente a la práctica y teoría para que puedan desenvolverse de mejor manera y poder ayudar al paciente y así evitar complicaciones.

Como bien sabemos una quemadura es un tipo de lesión de la piel u otros tejidos que puede ser provocada por diversas causas. Las quemaduras no tan graves se producen por el contacto con llamas, líquidos calientes, superficies calientes y otras fuentes de altas temperaturas, o con el contacto con elementos a temperaturas extremadamente bajas.

Es por ello, que atender este problema sobre los factores de riesgo en quemaduras en el hogar con lleven a un cambio de consciencia y sensibilidad que concluya en nuevos paradigmas sociales, por lo que la educación reviste un papel muy importante.

Por tal motivo, esta investigación tuvo como objetivo generar una propuesta de educación social para contribuir en la disminución de los factores de riesgo hacia los menores de edad, en el Barrio La Pinta, Municipio De Chicomuselo. Dicha propuesta se estructuró después de la investigación de campo, debido a que los resultados arrojaron que su nivel

de conocimientos en una quemadura en menores de edad es bajos existe una posibilidad de intervención de accidentes.

La hipótesis fue que Los factores de riesgos que influyen en quemaduras de niños y niñas son edad, bajo nivel socioeconómico y la negligencia por parte de las personas a cargo de los menores.

Las personas encuestadas en su totalidad son alfabetizadas con por lo menos algún grado de primaria, secundaria o preparatoria, por lo que sus opiniones no solo se producen desde una educación informal o no formal, sino también formal institucionalizada en algún grado. Aunado a esto, la mayoría cuenta con alguna religión, lo que nos lleva a suponer que desde esos espacios reciben algún tipo de formación humana donde aborden este tipo de problemática. Sin embargo, aunque poco más de la mitad de las personas encuestadas reconoció el significado de quemadura aceptan que muy poco lo han escuchado en los afueras del hogar, la casa o la escuela; sobre todo lo han escuchado en la calle y algunos más en otro tipo de lugares. La mayoría sostiene no haber recibido información del tema, por lo que tampoco conocen como prevenir las quemaduras en su hogar.

BIBLIOGRAFIA

- Barrow RE, J. M. (2007). FACTORES DE RIESGO EN LAS QUEMADURAS EN NIÑOS. *GUIAS CLINICAS*, 25-169.
- Bendlin A, L. H. (2007). factores de riesgo en quemaduras en niños. *MINSAL*, 856-860.
- Dávalos Dávalos P, L. D. (2007). factores de riesgo en las quemaduras en niños. *quito*, 33-163.
- Factores de Riesgo de las Quemaduras en Niños. (2012). *Scielo*, 18-60.
- Gonzalez, G. (2008). Fisiopatología de las quemaduras. *Gerokomos*, 41-52.
- Rio, R. d. (2014). Factores de Riesgo en las Quemaduras en los Niños. *Pediatría* , 3-11.
- Rodriguez, S. (2012). Factores de Riesgo en las quemaduras en Niños. *Scielo*, 18-62.
- Santamaria, D. V. (2013). factores de riesgo de las quemaduras en niños. *facultad de ciencias de la salud*, 55-141.
- Velazquez, R. (2012). Factores de Riesgo en las Quemaduras en Niños. *Organización Mundial de la Salud(OMS)*, 24-72.
- Veronica, D. (2013). Factores de Riesgo en las Quemaduras en Niños. *Santa Maria*, 68-141.
- (APANQ), L. A. (2013). Factores de Riesgo en Quemaduras en Niños. *SCIELO*, 19-202.
- (OMS), O. M. (2019). Factores de Riesgo en las Quemaduras en Niños. *Gaceta de Cenado*, 1-6.
- Abad, F. W. (2011). Factores de Riesgo en Quemaduras en Niños. *scielo*, 50-62.
- Barahona, V. M. (2006). Factores de Riesgo en Quemaduras en Niños. *Revista Panamericana de la Salud Publica (RPSP)*, 25-202.
- Barrow RE, J. M. (2007). FACTORES DE RIESGO EN LAS QUEMADURAS EN NIÑOS. *GUIAS CLINICAS*, 25-169.

- Bendlin A, L. H. (2007). factores de riesgo en quemaduras en niños. *MINSAL*, 856-860.
- Casal, E. M. (2003). Tipos de Muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.*, 3-7.
- Dávalos Dávalos P, L. D. (2007). factores de riesgo en las quemaduras en niños. *quito*, 33-163.
- Escudero, G. (2020). Factores de Riesgo en Quemaduras en Niños. *aquí noticias*, 1-15.
- Factores de Riesgo de las Quemaduras en Niños. (2012). *Scielo*, 18-60.
- GARCIA, T. A. (2012). Factores de Riesgo en las Quemaduras en Niños. *SCIELO*, 47-141.
- Gonzalez, G. (2008). Fisiopatología de las quemaduras. *Gerokomos*, 41-52.
- Lema Santamaria, D. V. (2013). Factores de Riesgo en las Quemaduras en Niños. *Santa Maria*, 68-141.
- Lema, S. D. (2013). factores de riesgo en las quemaduras en niños. *SCIELO*, 5-141.
- Leon, N. T. (2007). Poblacion y Muestra. *Poblacion y Muestra*, 2.
- M. I. Ortego, J. G. (s/f). Descripción Socioeconómica de la Población. *Análisis de Datos Estadísticos en cooperación para el Desarrollo*, 2.
- Otzen, T. (2017). Tecnicas de Muestreo sobre una Poblacion a Estudio. 228.
- Otzen, T. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población de Estudio. 229.
- Perez, V. I. (2016). Factores de Riesgo en Quemaduras en Niños. *scielo*, 25-157.
- Rio, R. d. (2014). Factores de Riesgo en las Quemaduras en los Niños. *Pediatrics* , 3-11.
- Rodriguez, S. (2012). Factores de Riesgo en las quemaduras en Niños. *Scielo*, 18-62.
- SAAVEDRA, R. (2016). Factores de Riesgo en QUEMADURAS EN NIÑOS. *DAMARIS*, 25-210.
- Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Santamaria, D. V. (2013). factores de riesgo de las quemaduras en niños. *facultad de ciencias de la salud*, 55-141.

Velázquez, A. P. (s.f.). Diplomado en Analisis de Informacion Geoespacial. 2.

Velázquez, M. e. (s/f). Tipos de Muestreo. *Diplomado en analisis de información*, 1-14.

Velazquez, R. (2012). Factores de Riesgo en las Quemaduras en Niños. *Organización Mundial de la Salud(OMS)*, 24-72.

Velazquez, V. D. (2012). Factores de Riesgo de las Quemaduras en Niños. *SANTAMARIA*, 21-142.

Vèlez, P. M. (2021). Factores de Riesgo en Quemaduras en Niños. *el siglo de torreòn*, 1-20.

Veronica, D. (2013). Factores de Riesgo en las Quemaduras en Niños. *Santa Maria*, 68-141.

Bunge Arturo (1969), "Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, guía didáctica", Universidad Sur Colombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Neiva, pp. 1-226.

Cazau, Pablo, (2006) "Introducción a las ciencias sociales" Tercera Edición, Buenos Aires. (PP.194)

Cortés Manuel e Iglesias Miriam (2004), "Generalidades de la Investigación" Universidad Autónoma Del Carmen, México. pp. 1-105.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar. (2006) "Metodología de la investigación", McGraw- Hill interamericana, México, DF. (PP.882)

Tamayo Mario. 1999. El proceso de la investigación científica" LIMUSA. 175p.

ANEXOS

FOTOS TOMADAS POR LOS TESISISTAS EL DÍA 29 DE MAYO DE 2021





CUESTIONARIO

Fecha: 29/05/2021 No. de cuestionario: 01

Instrucciones: Te pedimos cordialmente que nos apoyes a contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad. Hacemos de tu conocimiento que la información obtenida será tratada con respeto y confidencialidad.

Lee detenidamente y señala con una X la respuesta que consideres correcta o completa el dato que se te pide.

I.- DATOS PERSONALES

Edad: 27 años

Sexo: a) masculino b) femenino

Estado civil: casado b) soltero c) otro

Escolaridad: a) primaria secundaria c) preparatoria d) universitario

II.- DATOS DE SU HOGAR

Cuantos viven en su casa: 3

Tiene niños de: a) 1-3 años b) 4-6 años c) 7-10 años

Cuantos adultos viven en su hogar 2

¿En su hogar cuentan con?

a) Estufa

b) Fuegón

Ambas

¿Cuentan con luz? Si

b) no

III.- CONOCIMIENTOS SOBRE LAS QUEMADURAS

1.- ¿Conoce usted qué es una quemadura?

a) Si () b) no ()

2.- ¿Ha tenido accidentes de quemaduras?

a) Si b) no

3.- ¿En su familia hay algún antecedente de un familiar quemado?

a) Si b) no

4.- ¿Usted sabe cómo podemos prevenir las quemaduras?

a) Si () b) no ()

5.- ¿Usted cree que existen diferentes tipos de quemaduras?

a) Si () b) no ()

6.- ¿Conoce alguna reacción de una quemadura de agua hirviendo?

a) Si () b) no ()

7.- ¿Conoce las medidas de seguridad para prevenir una quemadura en su hogar?

a) Si () b) no ()

8.- ¿Usted prepara los alimentos con un niño(a) en brazos?

a) Si () b) no ()

IV.- MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL HOGAR

- 9.- ¿A qué temperatura se sirve los alimentos en su casa?
- a) Fríos b) tibios c) calientes
- 10.- ¿En su hogar se consumen alimentos calientes con un niño(a) en brazos?
- a) Siempre b) algunas veces c) nunca
- 11.- ¿Su cocinilla está ubicada en?
- a) En el suelo b) en un banco ó silla c) sobre un mueble alto d) a y b
- 12.- ¿Los fósforos y encendedores están fuera del alcance de los niños(a)?
- a) Siempre b) A veces c) Nunca
- 13.- ¿usted deja velas encendidas en su casa?
- a) Cuando se va la luz b) para peticiones de un santo c) no dejo velas
- 14.- ¿Los mangos de las ollas y sartenes que están sobre la cocina para preparar los alimentos, están siempre?
- a) Hacia afuera b) Hacia adentro c) En distintas posiciones
- 15.- ¿Si usted tiene cocina de cuatro discos, ¿Cuál usa habitualmente?
- a) De preferencia los de atrás b) Cualquiera de los discos
c) Los de adelante
- 16.- A trasladar recipientes con agua caliente ó comidas calientes dentro de su hogar, ¿avisa a su familia en voz alta de su traslado?
- a) Si b) no c) A veces

17.- La plancha después de ser usada, la deja enfriando:

- a) En el suelo b) En un mueble alto c) sobre la tabla de aplanchar d) se me olvida

18.- Si en su casa hay un cable pelado usted:

- a) Le coloca cinta b) Tiene cuidado de no tocarlo y lo deja igual d) Son cambiados lo antes posible

19.- En su casa acostumbra comprar pólvora:

- a) Si b) No c) A veces d) Nunca

20.- Cuando preparan un día de campo al aire libre apagan las brasas cuando terminan:

- a) Si b) No c) A veces d) Se nos olvida

21.- Los enchufes (tomacorrientes) de su casa, permanecen cubiertos.

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

22.- Cada cuanto se revisan el estado de las instalaciones eléctricas.

- a) Nunca lo han revisado b) Cada 1 a 4 años c) Cada 5 ó 10 años

V.- CUIDADOS

23.- Que haría si un su hijo se quema?

- a) Nada b) Le amarro un trapo c) Lo llevo a la clínica más cercana d) Le pongo un poco de agua e) c y d

24.- Apaga el carbón de fuego cuando cae al suelo:

- a) Si b) No c) A veces

25.- Utiliza remedios caseros en una quemadura:

- a) Si b) No c) A veces d) Nunca lo ago

26.- Deja solos a sus hijos cerca de la cocina:

- a) Si b) No c) A veces

27.- Deja solos en su casa con sus hermanos:

- a) Si b) No c) A veces d) Siempre

28.- Utiliza pomadas en la piel quemada:

a) Si b) No c) A veces d) Nunca lo ago

29.- Conoce cada cuidado si está quemado un niño:

a) Si b) No

30.- Deja que su hija/hijo de menor edad cocine:

a) Si b) No c) A veces los ago

Factores de riesgo en las quemaduras en niños

Quemaduras:

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



TRÍPTICO ENTREGADO ALA MUESTRA



Que debemos de hacer en una situación de una quemadura:

- Deje correr agua fría sobre la zona de la quemadura o sumerja la zona en agua fría (no helada).
- Calme y reconforte a la persona.
- Luego de lavar o remojar la quemadura en agua, cúbrala con un vendaje estéril y seco o con un apósito limpio.
- Proteja la quemadura de presiones o fricciones.



Que no debemos de hacer en una situación de una quemadura:

- NO aplique aceite, mantequilla, hielo, medicamentos, cremas, aceites en aerosol ni ningún otro remedio casero en las quemaduras graves.
- NO respire, sople ni tosa sobre la quemadura.
- NO toque la piel muerta o ampollada.
- NO retire la ropa que esté pegada a la piel.

Como Prevenir las quemaduras:

- ❖ Colocar en lo posible protecciones alrededor de aquellos objetos que se encuentran calientes y que resultan accesibles.
- ❖ Seleccionar y utilizar objetos provistos de elementos de agarre aislante (mangos, asas, etc.), en buen estado.
- ❖ Utilizar guantes o manoplas aislantes para mover objetos calientes o manipular dentro de un horno encendido.
- ❖ Evitar las salpicaduras, usando cubiertas o tapaderas mientras se cocinan los alimentos.
- ❖ Los mangos de sartenes, cacerolas y pucheros no deben sobresalir del mueble de cocina.
- ❖ Alejar a los niños de la cocina y zona de planchar.
- ❖ Situar los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de los niños.
- ❖ Impedir que los niños jueguen con cerillas y mecheros.

- ❖ Los cohetes, petardos y cartuchos no los deje al alcance de los niños.
- ❖ Manipule con cuidado las baterías de los coches, por contener ácido sulfúrico.
- ❖ Manipule con cuidado cualquier producto químico, sosa caustica o la cal viva.

- ❖ También suelen producirse quemaduras intensas al entrar en contacto la piel con sustancias causticas (sosa) o corrosivas (ácido sulfúrico).



Las quemaduras pueden ser ocasionadas por el contacto o proyección de objetos, partículas o líquidos a temperaturas elevadas y ocurren al:

- ❖ No situar objetos calientes (estufas eléctricas, lámparas, hornos, tostadores de pan, etc.), en lugares accesibles a los niños o no protegidos adecuadamente.
- ❖ Utilizar recipientes o cuerpos calientes desprovistos de asas o mangos aislantes.
- ❖ Manejar objetos a alta temperatura sin protección en las manos.
- ❖ Cocer o freír los alimentos que dan origen a salpicaduras sin usar tapaderas.
- ❖ Manipular inadecuadamente pólvoras (cohetes, petardos o cartuchos).

Tipos de quemaduras:

- Las quemaduras de primer grado afectan solo la capa externa de la piel. Causan dolor, enrojecimiento e hinchazón.
- Las quemaduras de segundo grado afectan ambas, la capa externa y la capa subyacente de la piel. ...
- Las quemaduras de tercer grado afectan las capas profundas de la piel.



Factores de riesgo en quemaduras en niños
