



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POSTGRADO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”**



**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS QUEMADURAS DE  
ESPESOR PARCIAL SUPERFICIAL Y PROFUNDO EN EL SERVICIO DE  
CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE NIÑOS Dr. JORGE LIZARRAGA EN EL  
PERÍODO 2015-2022.**

**Trabajo Especial de Grado presentado ante la Universidad de Carabobo para  
obtener el Título de Especialista en Cirugía Pediátrica**

**Autor:** Montebugñole Riana  
**CI:** CI:24.420.729

**Tutor Clínico:**  
José Enrique Mendoza  
**CI:** 17.172.079

Valencia, julio 2024



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS QUEMADURAS DE ESPESOR PARCIAL SUPERFICIAL Y PROFUNDO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA EN EL PERIODO 2015-2022

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía Pediátrica** por el (la) aspirante:

**MONTEBUGÑOLE D., RIANA R.**  
C.I. V – 24420729

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): José Mendoza C.I. 17.172.079, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **01/10/2024**

**Prof. José Valero**  
(Pdte)  
C.I. 4748595  
Fecha 01/10/2024

*Dr. Benjamín E. Ochoa C.*  
Cirurgía Plástica y Reconstruccion  
C.I. 13145602  
C.I.EC: 10774

**Prof. Benjamín Ochoa**  
C.I. 13145602  
Fecha 1-10-2024

TG: 28-24



**Prof. Dennys Vargas**  
C.I. 7123.885  
Fecha 01/10/24



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POSTGRADO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”



**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS QUEMADURAS DE  
ESPESOR PARCIAL SUPERFICIAL Y PROFUNDO EN EL SERVICIO DE  
CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE NIÑOS Dr. JORGE LIZARRAGA EN EL  
PERIODO 2015-2022.**

**Autor:** Montebugñole Riana  
**Tutor Clínico:** José Enrique Mendoza  
**Año:** 2024

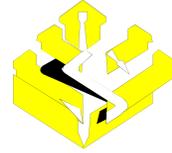
**RESUMEN**

El objetivo general consistió en evaluar las características clínicas, epidemiológicas y manejo terapéutico de las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022. La investigación fue de tipo observacional, descriptivo, con un diseño transversal y de temporalidad mixta: retrospectivo y prospectivo. La población estuvo representada por la totalidad de historias de pacientes atendidos, y la muestra fue no probabilística de tipo intencional donde se seleccionaron 339 *historias médicas*. Los resultados demostraron que: *según el sexo*, el masculino predominó sobre el femenino lo cual representa el 61,49% y 39,70 % respectivamente. Por otro lado, *las edades* comprendidas entre <1 a 5 años tienen mayor prevalencia de los casos, con un total de 201 pacientes con quemaduras, mostrando un 59%. Por otro lado, *el Graffar 4* es el predominante, representado el 64,60%; esto significa que, los pacientes que integran la edad entre <1 a 5 años pertenecen a familias de categoría socioeconómica segmentada en el estrato 4. Se especifica también que las *causas más frecuentes de quemadura* fueron con *liquido caliente* indicando un 82,89%. Sobre la *localización de la quemadura*, se tuvo que en varios sitios del cuerpo prevaleció con un 76,70%. *según Porcentaje de extensión* la que predominó es la del 11 a 20% con el 36,58% de los casos. En relación al *Grado de la quemadura*, tienen mayor incidencia las quemaduras GRADO 2 con un el 99,41% de los pacientes atendidos. En cuanto al *manejo terapéutico* de la quemadura, la cura quirúrgica fue la más utilizada, representando un 42,77% de los casos. *La complicación por quemaduras* más frecuente, es los pacientes con IPPB (infecciones de piel y partes blandas) se observó en el año 2020 con un 4,55% de los casos.

**Palabras clave:** características clínicas, epidemiológicas, quemaduras de espesor superficial, quemaduras de espesor profundo



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POSTGRADO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”



**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS QUEMADURAS DE  
ESPELOR PARCIAL SUPERFICIAL Y PROFUNDO EN EL SERVICIO DE  
CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE NIÑOS Dr. JORGE LIZARRAGA EN EL  
PERIODO 2015-2022.**

**Autor:** Montebugñole Riana

**Tutor Clínico:** José Enrique Mendoza

**Año:** 2024

#### SUMMARY

The general objective was to evaluate the clinical, epidemiological characteristics and therapeutic management of superficial and deep partial thickness burns in the pediatric surgery service. Dr. Jorge Lizárraga Hospital in the period 2015-2022. The research was observational, descriptive, with a cross-sectional design and mixed temporality: retrospective and prospective. The population was represented by all the records of patients treated, and the sample was non-probabilistic of an intentional type where 339 medical records were selected. The results showed that: according to sex, the male predominated over the female, which represents 61.49% and 39.70% respectively. On the other hand, ages between <1 to 5 years have a higher prevalence of cases, with a total of 201 patients with burns, showing 59%. On the other hand, Graffar 4 is the predominant one, representing 64.60%; this means that patients aged <1 to 5 years belong to families with a socioeconomic category segmented into stratum 4. It is also specified that The most frequent causes of burns were with hot liquid, indicating 82.89%. Regarding the location of the burn, it was found that in various places on the body it prevailed with 76.70%. According to Percentage of extension, the one that predominated is 11 to 20% with 36.58% of the cases. In relation to the Degree of the burn, GRADE 2 burns have a higher incidence with 99.41% of the patients treated. Regarding the therapeutic management of the burn, surgical treatment was the most used, representing 42,77% of the cases. The most frequent complication due to burns, is patients with STIs (skin and soft tissue infections), was observed in the year 2020 with 4,55% of cases.

**Keywords:** clinical and epidemiological characteristics, superficial thickness burns, deep thickness burns



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POSTGRADO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”**



**Ciudadano (a):**

Coordinador (a) y demás miembros de la Comisión Técnica de trabajos de grado.  
Universidad de Carabobo

**Su Despacho. –**

Yo, José Enrique Mendoza, cedula de identidad N°: 17.172.079, en mi carácter de tutor del trabajo especial de grado titulado: caracterización epidemiológica de las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022, presentado como Requisito Parcial para optar al grado de médico especialista en cirugía pediátrica del nivel universitario presentado por la ciudadana Dra. Montebugñole Riana, titular de la cedula de identidad N. °24.420.729, considero que dicha investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Valencia, a 18 días del mes de diciembre de 2023

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Resumen	III
Abstrac	IV
Aceptación del tutor	V
Introducción	7
Materiales y Métodos	19
Análisis de Datos Y Resultados	20
Discusión	28
Conclusión	31
Recomendaciones	32
Referencias Bibliográficas	33
Anexos	
Anexo A: Consentimiento informado	
Anexo B: (Ficha de Recolección de Datos)	

## INTRODUCCIÓN

La experiencia de los niños es vivida de forma atípica si la comparamos con la vida de los jóvenes y los adultos; cuando van evolucionando en cada etapa de su desarrollo se vuelven más curiosos, quieren buscar en cada cosa o en cada objeto y esto los hace más vulnerables a riesgos de accidentes, entre los que se encuentran los provocados por quemaduras, éstas últimas pueden dejar serias consecuencias físicas, psicológicas y emocionales en los niños que la padecen y hasta ciertas anomalías complejas que requerirán en la mayoría de los casos cirugía y manejo quirúrgico avanzado. Por tanto, las quemaduras son un problema de salud pública, claramente diferenciadas según la zona donde se presenten. No obstante, es importante resaltar que todo esto puede ser evitado con el cuidado preventivo de los padres en el hogar y los diferentes ambientes donde se desenvuelve el niño.

Ahora bien, las quemaduras se definen como una lesión producida en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío), químicos (cáusticos) y biológicos que determinan el tipo de lesión y la gravedad de sus repercusiones, de acuerdo a la magnitud de la energía y la duración de la exposición a ella<sup>1</sup>.

En relación, a las lesiones de la piel por quemaduras se afirma que “tienen un fuerte impacto en la vida diaria de las personas, afectando la funcionalidad física y psicológica”<sup>2</sup>. Sucede pues, que “la quemadura es una herida traumática que resulta en un daño tanto local como sistemático, con evidentes cambios oxidativos manifestado por el incremento de la actividad radical libres”<sup>3</sup>. Ante esto, se puede decir que las quemaduras provocan una respuesta a la agresión que puede ser ampliada, tanto desde la perspectiva fisiológica como bioquímica. No obstante, desde los tejidos lesionados se liberan radicales libres y la inflamación amplifica esta reacción.

En este sentido, “las quemaduras constituyen un importante problema de salud pública y la tercera causa de mortalidad en el mundo”<sup>3</sup>, La quemadura es una herida prevenible (se estima que hasta en un 80%), que compromete piel y/o mucosas y tejidos subyacentes, producida generalmente por la acción de agente físicos, químicos y biológicos, y que “dependiendo de la cantidad de energía involucrada, el tiempo de acción y las características de la zona afectada, determinan el tipo de lesión y sus repercusiones, las cuales pueden ser locales y/o sistémicas”<sup>4</sup>.

Es importante observar que, las quemaduras en niños son un motivo de consulta y hospitalización frecuente, con considerables niveles de discapacidad y mortalidad, los mismos 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 la supervivencia en la mitad de los niños que presentan hasta un 90% de superficie corporal quemada”<sup>5</sup>.

En efecto, la lesión tisular generada por una quemadura involucra la activación de diversos procesos fisiológicos cuyas manifestaciones son más o menos evidentes según el grado de extensión de afectación sistémica. Ante esto, son frecuentes las manifestaciones como la pérdida de proteínas, infección y en general la respuesta fisiológica del paciente tal y como ocurre en el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica que puede conducir a disfunción multiorgánica y otros fenómenos de gravedad que elevan la mortalidad hasta porcentajes entre el 80% y el 100% <sup>6</sup> En los pacientes con quemaduras dérmicas profundas, “el proceso de epitelización oscila entre 15 y 21 días”.<sup>7</sup>

En este orden de ideas, es importante señalar que los principales criterios para la clasificación de las quemaduras en niños se realizan según la profundidad de la lesión, y aunque hay varias clasificaciones, una de las más reconocidas es la que divide a las quemaduras en tres grados: 1) Quemaduras de Primer Grado: son aquellas que afectan únicamente la epidermis, la capa más externa de la piel, no

llegan a causar daño interno y normalmente cicatrizan sin dejar marcas visibles. Se presenta con enrojecimiento, dolor y sin ampollas. 2) Quemaduras de Segundo Grado (superficial): afectan la epidermis y la parte superior de la dermis, este tipo de quemaduras pueden ser más difíciles de tratar, suelen dejar marcas, logran causar ampollas grandes, la piel puede tener aspecto moteado, el dolor puede ser severo, pero también puede haber áreas donde no se sienta dolor debido a daño nervioso. 3) Quemaduras de Tercer Grado (profundas): afectan todas las capas de la piel, incluyendo la epidermis, dermis y tejido subcutáneo. La piel puede aparecer blanca, carbonizada o marrón; no hay dolor en el área central de la quemadura debido a la destrucción de las terminaciones nerviosas; pueden causar daño a los huesos, músculos y tendones. Estas quemaduras requieren tratamiento agresivo y suelen dejar lesiones permanentes y marcas.

Desde esta premisa, vale señalar que la clasificación de las quemaduras en grados es un concepto ampliamente reconocido en la literatura médica y se basa en el trabajo de múltiples autores y expertos en el campo de la medicina y la cirugía. Distinguiendo que, algunos de los textos más influyentes y utilizados en la formación médica sobre el tema de las quemaduras incluye la American Burn Association (ABA), es la clasificación de las quemaduras según su gravedad,<sup>9</sup> estas podemos clasificarlas en quemaduras menores, moderadas o mayores en base a criterios de superficie corporal quemada, profundidad de la quemadura y localización de la misma. De igual forma, la ABA publica guías y recomendaciones sobre el tratamiento y manejo de las quemaduras, que son ampliamente utilizadas por profesionales de la salud.

Según los criterios de gravedad de quemaduras según (ABA)<sup>9</sup>: 1). Quemaduras de segundo y tercer grado más de 10% SCQ, edad inferior a 10 o superior a 50 años. 2) Quemaduras de segundo y tercer grado más de 20% SCQ, de otras edades. 3) Quemaduras graves localizadas en cara, manos, pies, genitales periné o articulaciones. 4) Quemaduras de tercer grado más de 5%, en cualquier grupo de edad. 4) Lesión pulmonar por inhalación de humos y/o sustancias tóxicas. 5) Quemaduras eléctricas significativas, incluyendo las producidas por rayos. 6)

Quemaduras químicas graves. 7) Quemaduras en pacientes con antecedentes clínicos, significativos (diabetes, bronquitis crónicas...) 8) Quemaduras asociadas a otro politraumatismo. 9) Quemaduras en pacientes que requieren soporte social, psicológico o rehabilitación.<sup>9</sup>

De lo expuesto, se puede describir que esto “afecta principalmente a los niños debido a los accidentes en el hogar provocado por fuego directo (llama), contacto con líquidos y/o sólidos calientes, por la electricidad”<sup>5</sup>. Ahora bien, ante este planteamiento es importante acotar que las quemaduras por fuego directo afectan primariamente a la dermis, produciéndose un edema de tejidos superficiales debido a una trasudación de suero desde los capilares sanguíneos. Como resultado, esta acumulación de líquidos bajo las capas externas de la piel origina la formación de vesículas que comúnmente se conocen como ampollas.

Mientras que, en las quemaduras por electricidad en niños el sitio más frecuente a quemarse con la corriente eléctrica es la piel de la mano y la cabeza, siendo el punto de salida el pie. Debe señalarse que, dentro de las características de este tipo de quemadura está el que son indoloras, de color amarillo-gris, deprimidas o con áreas puntiformes con necrosis a nivel central, múltiples o muy profundas en los puntos de contacto. Un aspecto importante es que, las quemaduras no fatales son unas de las principales causas de morbilidad; dejando como consecuencias: hospitalización prolongada, desfiguración, discapacidad, estigmatización y rechazo. Los principales avances del tratamiento se centran en: 1) Manejo precoz de la disfunción hemodinámica con una reposición precoz. 2) Manejo respiratorio: a) De la eventual obstrucción respiratoria alta. b) De la injuria inhalatoria. c) Mejora de la asistencia ventilatoria. En efecto, la atención inmediata de la quemadura limita significativamente su progresión y profundidad.

Respecto a la presente investigación, se tomó en cuenta para la clasificación de la quemadura: la profundidad (si son superficiales, o si afectan menor o mayor porcentaje de dermis), la extensión (se utilizó la regla de Lund-Browder)<sup>9</sup> y la localización de las lesiones (si afecta zonas vitales o no). Las quemaduras que afecten más de un 10% de superficie corporal quemada (SCQ) de segundo grado

en niños o más del 2% SCQ de tercer grado en niños o que involucren zonas vitales serán consideradas quemaduras moderadas o graves y deberán ser derivadas a centros especializados. Asimismo, la tabla de Lund and Browder, especifica las proporciones de las diversas zonas anatómicas según la edad, siendo útil tanto en adultos como en niños y bebés.

En otro orden de ideas, a nivel mundial, actualmente, las quemaduras constituyen una afección característica de los extremos de la vida, siendo para la población infantil una de las 5 principales causas de muerte. Según datos de la OMS “sobre la carga de morbilidad para el año 2004 estimó el fallecimiento de aproximadamente 310.000 personas por quemaduras por fuego, de las cuales, el 30% aproximadamente correspondían a menores de 20 años de edad”.<sup>8</sup>

Además, es significativo conocer que en Latinoamérica 7 millones de niños sufren quemaduras cada año, de los cuales al menos 500,000 requieren rehabilitación. Como es el caso de el Salvador donde las quemaduras ocupan el 1% de la mortalidad afectando a niños menores de 5 años en un 80% siendo la causa principal de quemaduras térmicas. En el año 2007 en el mes de diciembre estas generaron un alza de los costos de tratamiento total de aproximadamente \$300,000 en 10 días.<sup>9</sup>

En Venezuela, existe un hecho importante en los centros de salud y está referido a la carencia de instituciones con áreas exclusivas que se centren en la atención de pacientes quemados donde se implementen las mejores y adecuadas medidas de asepsia y antisepsia para el manejo específico de estos pacientes lo que disminuiría la morbimortalidad, entre ellas las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, esto establece un problema de salud poco atendido.

De igual manera, conviene destacar que, en Venezuela, los acontecimientos que vivimos los médicos en los centros de salud nos ha llevado a reflexionar acerca de las fallas de políticas adecuadas en el sistema de salud dirigidas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la mejora en la atención del paciente quemado, experimentando como profesional de la salud cada sufrimiento de

padres y familiares cuando varios de estos mueren innecesariamente en la fase aguda, originando el crecimiento de la tasa de mortalidad debido a la ausencia de una adecuada atención hospitalaria. Por ser un país petrolero y minero, es de alto riesgo para los accidentes por quemaduras, siendo las de tercer grado las más comunes, produciéndose anualmente entre 800 a 1000 las personas que sufren este tipo de quemaduras<sup>10</sup>.

Se explica entonces que, por la alta morbimortalidad, el contexto socioeconómico y laboral en que ocurre, atender este problema de salud representa un gran reto para nuestra sociedad. En este punto, es importante resaltar que existe un método utilizado para medir el nivel socioeconómico de las personas y se llama "Graffar", está basado en la educación y en la ocupación; este fue desarrollado por el sociólogo Frances Pierre Graffar y se utiliza principalmente en estudios sociales para segmentar a la población en diferentes categorías socioeconómicas: I que incluye profesionales y directivos con alta formación académica y ocupaciones de alto nivel. II que incorpora empleados cualificados, técnicos y supervisores con formación académica media; estrato III: empleados administrativos, comerciales y con formación académica básica; estrato IV: trabajadores manuales cualificados y semicualificados y, estrato V: trabajadores no cualificados y personas sin ocupación remunerada.

En este horizonte de ideas, se conoce además que actualmente el quemado se encuentra desasistido, no considerándose su situación de ser pacientes muy costosos, a lo cual se suma la no disponibilidad de camas de terapia intensiva en la mayoría de los centros hospitalarios. Como política de salud y de acuerdo a los estándares mundiales, debía preverse una cama de hospitalización para quemados por cada 30.000 habitantes; en Venezuela se requerirían aproximadamente unas 700 en las unidades de quemados, sin embargo, no se llegan a tener 80 camas<sup>11</sup>.

A nivel numérico, alrededor del 50% de las personas afectadas sólo requieren medidas de primeros auxilios y analgésicos, mientras que el resto, necesita algún

tratamiento ambulatorio u hospitalario. Muchas veces “el pronóstico del paciente con quemadura depende del enfoque inicial, por lo que es fundamental para el médico familiarizarse con su fisiopatología y manejo para evitar complicaciones infecciosas”<sup>12</sup>. En este sentido, es relevante señalar que la atención inicial a una quemadura debe iniciarse en el lugar del accidente. Sin embargo, la gestión del manejo hospitalario de un paciente quemado se da según las condiciones que amenazan la vida como: el compromiso de las vías respiratorias, la insuficiencia respiratoria o la circulación inadecuada deben ser rápidamente reconocidas y estabilizadas en urgencias quemados<sup>13</sup> .

En referencia a las complicaciones según efectos cutáneos de los niños quemados estas pueden ser diversas y tienen un impacto significativo en la salud física, emocional y social del paciente; debido a que estas según el grado no afectan solo la piel, sino que también pueden dar lugar una serie de complicaciones de manera integral, ameritando atención médica y rehabilitación. A continuación, en el cuadro siguiente, se ilustra cómo se clasifican las complicaciones con una adaptación por lo estudiado por Di Vincenzo (2023)<sup>14</sup>

**Cuadro N° 1:** Clasificación de las complicaciones en las quemaduras:

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LAS QUEMADURAS</b>	
INFECCION DE PARTES BLANDAS	De acuerdo con el compartimiento de la piel involucrada en las infecciones de piel y partes blandas (IPPB). Pueden ser agudas o crónicas, necrotizantes o no necrotizantes y localizadas o diseminadas, y pueden llegar a distancia por vía sanguínea (bacteriemia) o vasos linfáticos.
URTICARIA	Consiste en tumefacciones rojas, pruriginosas y ligeramente elevadas. La inflamación se debe al contacto con sustancias químicas.
SINDROME RINOSINUSAL	La quemadura de la vía aérea o injuria por inhalación es un término no específico para referirse al daño del tracto respiratorio por calor, humo o irritantes químicos durante la inspiración.
FIEBRE	La expresión de la sepsis en el paciente quemado, que basalmente suele permanecer febril y taquicárdico, es sutil y requiere un alto grado de sospecha y vigilancia, diagnosticándose frecuentemente de forma tardía en fase de shock séptico. En los quemados con sospecha de sepsis la temperatura se manifiesta > 38,3°C o < 36,5°C.
INJURIA RENAL AGUDA	La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) es una alteración o complicación renal que se presenta en el paciente quemado. La insuficiencia renal aguda (IRA). Es la disminución rápida de la función renal en días o semanas que causa la acumulación de productos nitrogenados en la sangre (azoemia) con o sin reducción de la diuresis.
DESNUTRICION	La desnutrición (expresada como la pérdida significativa del peso corporal dentro de una ventana especificada del tiempo de evolución del paciente durante la estancia hospitalaria).

ANEMIA	La adecuación de las necesidades de hierro en la infancia es de enorme importancia. El niño con quemaduras puede requerir en determinados momentos de su evolución esta suplementación, sobre todo en la fase de recuperación
TAQUICARDIA SINUSAL	Se refiere al aumento de la frecuencia cardiaca encima del promedio normal según la edad del paciente. Se produce por aumento de gasto cardiaco, dolor, fiebre, deshidratación entre otros.
TRASTORNO HIDROELECTROLITICO	Los trastornos hidroelectrolíticos son todas aquellas alteraciones del contenido corporal de agua o electrolitos en el cuerpo humano. Se clasifican según sean por defecto o por exceso.
TRASTORNO METABOLICO	Un Trastorno Metabólico ocurre cuando hay reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen este proceso. Los cambios metabólicos posteriores a la lesión por quemadura ocurren en dos patrones distintos de regulación metabólica: la fase EBB (precoz) generalmente ocurre dentro de las 48 horas postquemadura y se caracteriza por disminución del gasto cardiaco, menor consumo de oxígeno y menor tasa metabólica.
DEFECTO CUTANEO	Los efectos cutáneos como complicación de niños quemados, pueden variar desde una cicatrización anormal (cicatrización hipertrófica y queloides), contracturas, infecciones, alteraciones en la pigmentación, sensibilidad alterada, problemas psicológicos e impacto en el desarrollo físico.
IRA-RABDOMIOLISIS	Dentro de los trastornos metabólicos asociados a las quemaduras, se encuentran: catabolismo aumentado (respuesta metabólica al trauma), alteraciones en el equilibrio de líquidos y electrolitos (deshidratación y desequilibrio electrolítico), hipermetabolismo (aumento del gasto energético), alteraciones en el metabolismo de carbohidratos (resistencia a la insulina), deficiencias nutricionales (malnutrición), desarrollo de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

**Fuente:** Di Vincenzo (2023) <sup>14</sup>. **Adaptado por:** Montebugñole (2024)

En relación a los antecedentes de investigaciones previas más significativas de la temática en estudio, tenemos a Basilico, H., y cols.,<sup>15</sup> quienes realizan una investigación titulada: Epidemiología de las quemaduras pediátricas: seis años de experiencia en una unidad especializada de alta complejidad en el Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” entre los años 2015 y 2020 en Buenos Aires- Argentina; cuyo objetivo fue: describir epidemiológicamente la población hospitalizada en la Unidad de Quemados del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” entre los años 2015 y 2020. Entre sus resultados: la serie incluyó 214 pacientes, 60,3% sexo masculino, mediana de edad 4.6 años (0-16,6), 63% provenientes de la provincia de Buenos Aires, 78% de traslados se hicieron por vía terrestre con tiempo promedio de 55,6 minutos (DS 81,9), 52,8% ingresaron en los meses de otoño-invierno, 80% carecían de cobertura social.

La etiología lesional fue fuego y variantes (69,2%) y escaldaduras (25,7%). El 49% reunieron criterios de lesión inhalatoria. La mediana de superficie corporal quemada (SCQ) fue 30% (0-100%), lesiones tipo B (profundas) 16,2% (0-100%) y

gravedad crítica (37,4%) y grave (19,2%), requiriendo una mediana de 5 actos quirúrgicos (0-55). El 87,3% de los ingresos fue en cuidados intensivos, con mediana de estancia hospitalaria de 33 días (1-243) y relación promedio %SCQ/días internación 1,9 (DS 2,1). El uso de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) fue 68,7% con una mediana de 7.5 días (1-100). La mortalidad de la serie fue 9,8% y estuvo asociada estadísticamente a lesión inhalatoria ( $p=0,0001$ ), profundidad lesional ( $p=0,00001$ ) y uso de ARM ( $p=0,0011$ ).

Otro estudio relevante es presentado por Fernández, Y., y Casas, M.<sup>16</sup>, titulado: quemaduras en Barcelona- España en el 2020, cuyo objetivo fue: clasificar las quemaduras para poder estimar la gravedad, pronóstico, terapéutica a aplicar y la necesidad o no de derivar a un centro especializado de quemados. Los resultados obtenidos evidencian que las quemaduras que afecten más de un 10% de superficie corporal quemada (SCQ) de segundo grado en niños o más del 2% SCQ de tercer grado en niños o que involucren zonas vitales serán consideradas quemaduras moderadas o graves y deberán ser derivadas a centros especializados. Se realizó reposición de la volemia según la fórmula de Parkland y el fluido de elección en las primeras 24 horas fue el Ringer lactato. Es de vital importancia la analgesia, las curas tópicas con apósitos biosintéticos impregnados en plata o la sulfadiazina argéntica.

Así mismo, en edad pediátrica, entre los años 2020-2022 en Bogotá- Colombia, Fortunato, B.,<sup>17</sup> presento una investigación titulada: Contribución a la identificación de las quemaduras según su profundidad, evaluación de su gravedad (global y regional), y a formular un diagnóstico y pronóstico (presuntivo y definitivo), siendo su objetivo: proponer una nueva forma de identificar la profundidad de las quemaduras, para permitir una calificación más precisa de los tipos de lesiones. (Superficiales Tipo “A”; Intermedias Tipo “AB” y Profundas Tipo “B”). Entre sus resultados: la evaluación de Gravedad se considera como global y regional. La gravedad global se evalúa en 5 grupos, de acuerdo con su extensión y profundidad: I Leve; II Moderada; III Grave; IV Muy grave y V Crítica.

La propuesta de un código para identificar el diagnóstico global, permite tener información completa sobre la extensión y profundidad de cada caso. La Gravedad regional, según profundidad, localización y posibilidad de secuelas, también se designa en 5 grupos: X-I = Sin secuelas; X-II = Secuela estética; X-III = Secuela funcional; X-IV = Mutilación parcial y X-V = Mutilación total. El diagnóstico se divide en presuntivo y definitivo, según la evolución del porcentaje “AB”: Presuntivo al ingreso y Definitivo cuando la quemadura “AB” ha evolucionado como “AB-A” o “ABB” y el paciente es dado de alta del Hospital. Pronóstico al igual que el diagnóstico, se divide en presuntivo y definitivo, por los mismos argumentos.

Por otro lado, en Venezuela son pocos los datos estadísticos relacionados a la incidencia y prevalencia de casos de quemaduras pediátricas de segundo grado, demostrando que esta Información se le pudiera estar dando poca relevancia, y que el conocimiento de este es fundamental para la prevención, diagnóstico precoz y manejo oportuno y así evitar el aumento de la morbimortalidad por esta patología. A pesar de los pocos estudios nacionales que se han realizado, se pudo revelar a Naveda y cols, quienes entre 2010 y 2019 <sup>18</sup>, en el Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga” Barquisimeto, Estado Lara, estudiaron los factores de riesgo para mortalidad en el niño gran quemado, donde emergieron como resultados que un total de 116 niños gran quemados fueron incluidos en el análisis. La mortalidad fue del 27.6 % Los factores asociados a mortalidad fueron: superficie corporal quemada mayor del 35 %, quemadura de espesor total, mecanismo: flama, lesión por inhalación, pérdida de peso durante la hospitalización mayor del 15 % y cinco o más transfusiones de glóbulos rojos.

Otro estudio realizado es el de Freitez, M. (2024)<sup>19</sup>, titulado: Perfil clínico microbiológico en pacientes quemados. Unidad de Caumatología Dr. Rubén Sánchez Reyes, cuyo objetivo fue Determinar el perfil clínico-microbiológico de 52 pacientes con quemaduras ingresados en la Unidad de Caumatología Dr. Rubén Sánchez Reyes del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda en el periodo enero-junio 2022. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo

transversal. La muestra estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de quemadura ingresado a la Unidad de Caumatología Dr. Rubén Sánchez Reyes del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda durante el lapso enero-junio 2022. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 13 años, con diagnóstico de quemadura y criterios de hospitalización durante el período de estudio.

Entre los resultados esta: El agente causal más común de las quemaduras fue el fuego directo (48,08%); las áreas anatómicas comprometidas fueron miembros superiores (48,08%), cara (38,46%) y miembros inferiores (36,54%). La mitad de los pacientes tenían una extensión de quemadura de 21-40% y espesor parcial profundo de segundo grado; el 65,38% presentaban quemaduras moderadas y en 32,69% la estancia hospitalaria duró entre 41-50 días.

En consonancia con el estudio los aportes destacados de manera general, están referidos a: ante todo ayudaron a nutrir los elementos conceptuales sobre la caracterización epidemiológica de las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022, con el propósito de realizar una aproximación a su frecuencia y perfil epidemiológico, en el estado Carabobo. Además, algunos están referidos con el marco metodológico, así como los instrumentos para recolectar la información, por lo que sirvieron de guía y apoyo en la construcción teórica. Por consiguiente, el presente trabajo busca dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál será la caracterización epidemiológica de las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica Hospital Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022?

El objetivo general planteado en el presente estudio fue: Evaluar las características clínicas, epidemiológicas y manejo terapéutico de las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022. Para cumplir dicho objetivo general se planteó establecer la prevalencia de las quemaduras de espesor parcial

superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022.

En el siguiente paso se continúa especificando las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas de los pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022; identificando el tipo de quemaduras de espesor parcial superficial y profundo; determinando el procedimiento terapéutico aplicado a los pacientes del estudio; valorando las complicaciones más frecuentes de los pacientes con las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo durante la estancia hospitalaria en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022.

Ciertamente, el Hospital de Niños es una institución de salud de referencia local y regional, por lo que se ha convertido en un centro de atención para los pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo. Esta investigación resulta relevante ya que permitió hacer un registro de las cifras de los pacientes con este tipo de quemaduras atendidos en el servicio de Cirugía Pediátrica, del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga, debido a que no existen otros estudios referentes a este eje temático a nivel pediátrico ni en el escenario de interés. Desde el punto de vista social y de implicación práctica sirve de punto de partida para trazar estrategias de prevención de las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo.

Los datos obtenidos nos dan un panorama actual y real de cómo utilizar lo encontrado en las literaturas para el diagnóstico en nuestra población; mejorando de esta forma la atención de los pacientes con esta patología. Asimismo, la información generada en este trabajo puede ser utilizada para fomentar investigaciones en otras ciudades del país, teniendo mayor base científica para generar programas de salud que mejoren la forma de tratar a pacientes con este tipo de problema. Por lo antes descrito, es de gran importancia estudiar la epidemiología de quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en pacientes pediátricos, de manera que nos permita diagnosticarlo precozmente y

tratarlo adecuadamente. Esta claramente evidenciado que es un problema de salud en las emergencias pediátricas y, por lo tanto, requiere de atención inmediata. Esto fue lo que me motivó como investigadora a realizar este estudio en la unidad de Caumatología hospital Jorge Lizárraga en el periodo 2015- 2022.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, con un diseño transversal y de temporalidad mixta: retrospectivo y prospectivo, donde la población estuvo representada por la totalidad de historias de pacientes atendidos en el servicio de cirugía pediátrica del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga, en el periodo comprendido de 2015 hasta 2022. La muestra fue no probabilística de tipo intencional representada por las historias médicas de aquellos pacientes con diagnóstico de quemaduras de espesor parcial superficial y profundo, como criterio base de inclusión y con un porcentaje de completación de al menos un 80% <sup>20</sup> Se excluyeron aquellas historias cuyos datos se encontraban con menos de 80% de datos completos.

Para la recolección de la información se utilizó la revisión documental de las historias médicas en los archivos del Hospital de Niños Dr. “Jorge Lizárraga” y la documentación de los hallazgos, sistematizando los aspectos de interés y dar respuesta al propósito del estudio. Con la intencionalidad de lograr el objetivo propuesto se revisó un total de 423 historias para lo cual, siguiendo los criterios de exclusión (historias médicas con información incompleta), quedó como muestra del estudio 339 historias médicas de los pacientes con quemaduras. Se implementó como instrumento de recolección de datos una ficha de registro diseñada en base a los objetivos de la investigación (anexo B).

Una vez recolectados los datos, fueron transcritos en una tabla maestra diseñada a partir del programa de Microsoft (R) Excel, luego se procedió con el análisis estadístico de resultados utilizando la estadística descriptiva a partir de distribuciones de frecuencias y porcentajes de acuerdo a las variables y

dimensiones del estudio, así como tablas de contingencia según los objetivos específicos propuestos, todo ello, en conformidad del tutor metodológico. Finalmente, se presentó la discusión del estudio y las recomendaciones pertinentes.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez tabulado los datos de las historias médicas de los pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022, se procedió a realizar las tablas de frecuencias y porcentajes con su respectivo análisis. Cabe destacar que la población de pacientes fue de 423 pero se tomaron para este estudio 339 pacientes cuyas fichas de historias médicas están completas. Dicho esto, se procede a elaborar las tablas de frecuencias, porcentajes, gráficos y la respectiva interpretación de las mismas.

## RESULTADOS

**TABLA 1:** Distribución de prevalencia de pacientes con quemaduras según el Sexo.

PREVALENCIA DE LAS QUEMADURAS SEGÚN: SEXO				
	M		F	
	f	%	f	%
	9	47,37	10	52,63
	25	51,02	24	48,98
	20	90,91	2	9,09
	15	68,18	7	31,82
	53	73,61	20	27,78
	27	65,85	17	41,46
	34	53,97	29	46,03
	23	48,94	24	51,06
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>61,49</b>	<b>133</b>	<b>39,70</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

En los datos obtenidos sobre la prevalencia de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo atendidos en el Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga, periodo 2015-2022; según el sexo, se tiene que el masculino tiene mayor prevalencia de quemaduras que el femenino, con un número de casos de 206 pacientes masculinos, lo cual representa el 61,49% y 133 pacientes femeninos para un 39,70 %.

**TABLA N° 2:** Distribución de prevalencia de pacientes con quemaduras según Edad.

<b>PREVALENCIA DE LAS QUEMADURAS POR EDAD</b>															
<1-1		2-3		4-5		6-7		8-9		10-11		12-13		14-15	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
3	15,79	3	15,79	3	15,79	3	15,79	7	36,84	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15	30,61	12	24,49	8	16,33	5	10,20	6	12,24	0	0,00	2	4,08	1	2,04
7	31,82	6	27,27	4	18,18	1	4,55	1	4,55	0	0,00	3	13,64	0	0,00
9	40,91	3	13,64	1	4,55	1	4,55	3	13,64	3	13,64	2	9,09	0	0,00
9	12,33	12	16,44	11	15,07	4	5,48	7	9,59	15	20,55	8	10,96	7	9,59
9	20,45	9	20,45	9	20,45	7	15,91	3	6,82	3	6,82	3	6,82	1	2,27
12	19,05	14	22,22	11	17,46	11	17,46	9	14,29	3	4,76	2	3,17	1	1,59
12	25,53	13	27,66	6	12,77	4	8,51	7	14,89	3	6,38	1	2,13	1	2,13
<b>TOTAL</b>															
<b>76</b>	<b>22,42</b>	<b>72</b>	<b>21,24</b>	<b>53</b>	<b>15,63</b>	<b>36</b>	<b>10,62</b>	<b>43</b>	<b>12,68</b>	<b>27</b>	<b>7,96</b>	<b>21</b>	<b>6,19</b>	<b>11</b>	<b>3,24</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

En los datos obtenidos sobre la prevalencia de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo, según la edad, se observó en el periodo 2015-2022 que las edades comprendidas entre <1 a 5 años tienen mayor prevalencia de los casos, con un total de 201 pacientes con quemaduras, mostrando un total de 59%.

**TABLA N° 3:** Distribución según prevalencia de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo, según Graffar.

PREVALENCIA DE LAS QUEMADURAS POR GRAFFAR							
I-II		III		IV		V	
f	%	f	%	f	%	f	%
0	0,00	2	10,53	7	36,84	10	52,63
0	0,00	6	12,24	33	67,35	10	20,41
0	0,00	9	40,91	11	50,00	2	9,09
0	0,00	0	0,00	17	77,27	5	22,73
0	0,00	0	0,00	48	65,75	25	34,25
0	0,00	5	11,36	28	63,64	11	25,00
0	0,00	0	0,00	48	76,19	15	23,81
1	2,13	10	21,28	27	57,45	9	19,15
<b>1</b>	<b>0,29</b>	<b>32</b>	<b>9,44</b>	<b>219</b>	<b>64,60</b>	<b>87</b>	<b>25,66</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

De los datos anteriores se registró la prevalencia de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo atendidos en el Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Periodo 2015 a 2022, según Graffar, el Graffar 4 es el de mayor prevalencia, con 219 casos, representado el 64,60%. Esto significa que, los pacientes que integran la edad entre <1 a 5 años pertenecen a familias de categoría socioeconómica segmentada en el estrato IV: trabajadores manuales cualificados y semicualificados, donde no requieren ningún tipo de conocimiento o formación previa. Se aprecia además en los datos que el mayor índice ocurrió durante la pandemia, puesto que, por ser de escasos recursos económicos, los padres debían trabajar dejando los niños en casa presumiblemente sin supervisión de adultos, estando los niños con clases escolares suspendidas.

**TABLA N° 4:** Características Clínicas, epidemiológicas y terapéuticas según Causa de la Quemadura.

CAUSA DE LA QUEMADURA									
LIQUIDO CALIENTE		FUEGO DIRECTO		ELECTRICA		QUIMICO		CONTACTO	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15	78,95	4	21,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
33	67,35	10	20,41	0	0,00	0	0,00	6	12,24
14	63,64	6	27,27	0	0,00	0	0,00	2	9,09
21	95,45	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,55
70	95,89	3	4,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00
34	77,27	6	13,64	3	6,82	1	2,27	0	0,00
59	93,65	3	4,76	1	1,59	0	0,00	0	0,00
35	74,47	7	14,89	2	4,26	0	0,00	3	6,38
<b>281</b>	<b>82,89</b>	<b>39</b>	<b>11,50</b>	<b>6</b>	<b>1,77</b>	<b>1</b>	<b>0,29</b>	<b>12</b>	<b>3,54</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

En relación a los hallazgos la prevalencia de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo según la causa de la quemadura, se especifica en los registros de las historias clínicas que las de con mayor frecuencia fueron con **liquido caliente** con un 82,89% en el periodo 2019 a 2020.

**TABLA N° 5:** Características Clínicas, epidemiológicas y terapéuticas según Localización de la Quemadura.

VARIOS		FACIAL		TORAX ANTERIORA		TORAX POSTERIOR		GENITAL		GLUTEOS		MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO		MIEMBRO INFERIOR DERECHO		MIEMBRO SUPERIOR DERECHO		MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
13	68,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	10,53	0	0,00	1	5,26	2	10,53	1	5,26
28	57,14	3	6,12	2	4,08	0	0,00	3	6,12	3	6,12	3	6,12	1	2,04	5	10,20	1	2,04
18	81,82	2	9,09	0	0,00	0	0,00	1	4,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,55	0	0,00
21	95,45	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,55	0	0,00
67	91,78	2	2,74	2	2,74	1	1,37	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,37	0	0,00
35	79,55	0	0,00	1	2,27	0	0,00	0	0,00	2	4,55	2	4,55	0	0,00	0	0,00	4	9,09
47	74,60	4	6,35	3	4,76	2	3,17	2	3,17	2	3,17	1	1,59	0	0,00	0	0,00	2	3,17
31	65,96	1	2,13	3	6,38	2	4,26	0	0,00	1	2,13	3	6,38	3	6,38	1	2,13	2	4,26
<b>260</b>	<b>76,70</b>	<b>12</b>	<b>3,54</b>	<b>11</b>	<b>3,24</b>	<b>5</b>	<b>1,47</b>	<b>6</b>	<b>1,77</b>	<b>10</b>	<b>2,95</b>	<b>9</b>	<b>2,65</b>	<b>5</b>	<b>1,47</b>	<b>11</b>	<b>3,24</b>	<b>10</b>	<b>2,95</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

En cuanto a las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo atendidos en el Servicio De Cirugía Pediátrica. Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Periodo 2015- 2022, los datos registrados sobre la localización de la quemadura, se tuvo que en **varios** sitios del cuerpo prevaleció con un **76,70%**, siendo 260 pacientes los atendidos.

**TABLA N° 6:** Características Clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de las quemaduras según porcentaje de extensión.

PORCENTAJE DE EXTENSIÓN								
MENOR 5%		6-10%		11-20%		MAYOR 20%		
f	%	f	%	f	%	f	%	
3	15,79	10	52,63	6	31,58	0	0,00	
20	40,82	14	28,57	9	18,37	6	12,24	
5	22,73	5	22,73	8	36,36	4	18,18	
1	4,55	5	22,73	16	72,73	0	0,00	
6	8,22	27	36,99	39	53,42	1	1,37	
8	18,18	17	38,64	15	34,09	4	9,09	
18	28,57	24	38,10	17	26,98	4	6,35	
12	25,53	16	34,04	14	29,79	5	10,64	
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>21,53</b>	<b>118</b>	<b>34,81</b>	<b>124</b>	<b>36,58</b>	<b>24</b>	<b>7,08</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

En relación a los datos obtenidos de las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo atendidos en el Servicio De Cirugía Pediátrica. Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Periodo 2015- 2022, según Porcentaje de extensión la que predominó es la del **11 a 20%** con 124 pacientes, lo que muestra el **36,58%** de los casos.

**TABLA N° 7:** Características Clínicas, epidemiológicas y terapéuticas bianuales de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo según: Grado de la quemadura.

<b>GRADO DE LA QUEMADURA</b>						
<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		
f	%	f	%	f	%	
0	0,00	19	100,00	0	0,00	
0	0,00	49	100,00	0	0,00	
0	0,00	22	100,00	0	0,00	
0	0,00	22	100,00	0	0,00	
0	0,00	72	98,63	1	1,37	
0	0,00	44	100,00	0	0,00	
0	0,00	63	100,00	0	0,00	
0	0,00	46	97,87	1	2,13	
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>337</b>	<b>99,41</b>	<b>2</b>	<b>0,59</b>	

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

En relación a los datos obtenidos de las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo atendidos en el Servicio De Cirugía Pediátrica. Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Periodo 2015- 2022, según: Grado de la quemadura se observó que, en cuanto a esta dimensión la mayor prevalencia fue en las quemaduras **GRADO 2** con un total de 337 casos, siendo el 99,41% de los pacientes atendidos en este centro de salud.

**TABLA N° 8:** Manejo terapéutico de quemaduras según: Cura en bañera, cura quirúrgica, injerto y mixtas.

<b>MANEJO TERAPEUTICO DE LA QUEMADURA</b>							
<b>CURA ENBAÑERA</b>		<b>QX QUIRURGICO</b>		<b>INJERTO</b>		<b>MIXTA</b>	
f	%	f	%	f	%	f	%
9	47,37	6	31,58	2	10,53	2	10,53
18	36,73	20	40,82	3	6,12	8	16,33
5	22,73	14	63,64	0	0,00	3	13,64
5	22,73	9	40,91	0	0,00	8	36,36
21	28,77	30	41,10	0	0,00	22	30,14
14	31,82	19	43,18	1	2,27	10	22,73
27	42,86	26	41,27	0	0,00	10	15,87
20	42,55	21	44,68	2	4,26	4	8,51
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>145</b>	<b>42,77</b>	<b>8</b>	<b>2,36</b>	<b>67</b>	<b>19,76</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

De los datos anteriores, se registró en cuanto al manejo terapéutico de la quemadura, cura quirúrgica fue la de mayor prevalencia con 145 pacientes para un 42,77%.

**TABLA N° 9:** Evolución de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo, según: Complicaciones en pacientes con quemaduras

<b>COMPLICACIONES DE LAS QUEMADURAS</b>										
INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS	f	2	0	0	0	2	2	0	0	<b>6</b>
	%	10,53	0,00	0,00	0,00	2,74	4,55	0,00	0,00	<b>1,77</b>
URICARIFORME	f	1	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
	%	5,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>0,29</b>
DEFECTO CUTANEO	f	0	0	0	0	2	0	0	0	<b>2</b>
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	2,74	0,00	0,00	0,00	<b>0,59</b>
SX RINUSINUSAL	f	0	1	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
	%	0,00	2,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>0,29</b>
FIEBRE	f	1	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
	%	5,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>0,29</b>
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	f	0	0	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
	%	0,00	0,00	4,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>0,29</b>
DESNUTRICION	f	0	0	0	0	1	0	1	0	<b>2</b>
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,37	0,00	1,59	0,00	<b>0,59</b>
ANEMIA	f	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,13	<b>0,29</b>
TAQUICARDIA SINUSAL	f	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,59	0,00	<b>0,29</b>
TRASTORNO HIPOALBUMINEMIA EDEMA	f	0	0	1	0	1	2	2	0	<b>6</b>
	%	0,00	0,00	4,55	0,00	1,37	4,55	3,17	0,00	<b>1,77</b>
TRASTORNO METABOLICO	f	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,59	0,00	<b>0,29</b>
IRA-RABDOMIOLISIS	f	0	0	0	0	1	0	0	0	<b>1</b>
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,37	0,00	0,00	0,00	<b>0,29</b>
VARIAS	f	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,59	0,00	<b>0,29</b>
NINGUNA COMPLICACIÓN	f	15	48	20	22	65	39	56	45	<b>310</b>
	%	78,95	100,00	90,91	100,00	89,04	88,64	88,89	95,74	<b>91,45</b>
DEFUNCIÓN	f	0	0	0	0	1	1	1	1	<b>4</b>
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,37	2,27	1,59	2,13	<b>1,18</b>
<b>TOTAL</b>		<b>19</b>	<b>49</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>73</b>	<b>44</b>	<b>63</b>	<b>47</b>	<b>339</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

En relación a la prevalencia de pacientes con quemaduras, se obtuvo que ninguno de los pacientes tuvo complicaciones, prevaleciendo el 91,45% entre 2015-2022. En caso de presentar alguna complicación la de mayor prevalencia en los pacientes con IPPB (infecciones de piel y partes blandas) con un 4,55% de los casos en el año 2020.

**TABLA N° 10:** Evolución de pacientes con quemaduras de espesor parcial superficial y profundo, según: Estancia Hospitalaria

<b>ESTANCIA HOSPITALARIA</b>						
Menor de 8		8 a 28		Mayor de 28		
f	%	f	%	f	%	
15	78,95	2	10,53	2	10,53	
6	12,24	40	81,63	3	6,12	
3	13,64	18	81,82	1	4,55	
1	4,55	19	86,36	2	9,09	
30	41,10	37	50,68	6	8,22	
12	27,27	25	56,82	7	15,91	
38	60,32	22	34,92	3	4,76	
24	51,06	20	42,55	3	6,38	
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>183</b>	<b>53,98</b>	<b>27</b>	<b>7,96</b>	

**Fuente:** Datos propios de la Investigación (Montebugñole; 2024)

Explicando los datos registrados de la estancia hospitalaria de los pacientes atendidos con quemaduras, se obtuvo que de acuerdo a la frecuencia y porcentajes permanecieron 183 pacientes permanecieron de **8 a 28 días** de hospitalización, con un 53,98%. La estancia hospitalaria depende directamente de la intervención oportuna del paciente, así como del éxito del manejo terapéutico.

## DISCUSIÓN

Las quemaduras se definen como “una lesión producida en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío), químicos (cáusticos) y biológicos que determinan el tipo de lesión y la gravedad de sus repercusiones, de acuerdo a la magnitud de la energía y la duración de la exposición a ella”<sup>1</sup>. En este sentido se puede explicar que las lesiones de la piel por quemaduras se afirma que “tienen un fuerte impacto en la vida diaria de las personas, afectando la funcionalidad física y psicológica”<sup>2</sup>.

Sucedo pues, que “la quemadura es una herida traumática que resulta en un daño tanto local como sistémico, con evidentes cambios oxidativos manifestado por el incremento de la actividad radical libres”<sup>3</sup>. De lo expuesto, se puede describir que esto “afecta principalmente a los niños debido a los accidentes en el hogar provocado por fuego directo (llama), contacto con líquidos y/o sólidos calientes, por la electricidad”<sup>5</sup>. En cuanto a los pacientes atendidos en el servicio de cirugía Pediátrica Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga Periodo 2015-2022 las quemaduras de este tipo afectan más al sexo masculino con el 61,49% %. Además, se registró que dichas quemaduras se diagnosticaron con mayor frecuencia porcentual en las edades de <1 a 5 años con un total de 201 pacientes con quemaduras, mostrando un total de 59%.

Cabe resaltar que en relación los datos obtenidos sobre la prevalencia de las quemaduras por edad y sexo, se sustentan en los resultados obtenidos por Basílico, H., y cols.,<sup>15</sup> quienes en su estudio obtuvieron como resultados que las quemaduras en niños son más frecuentes en el sexo masculino representando el 60,3% de la población estudiada, mediana de edad 4-6 años.

Por otro lado, en las historias clínicas de los pacientes se evidenciaron que dentro de los hallazgos de datos tabulados se observó que, el Graffar 4 es el de mayor

prevalencia con el 64,60%, esto refleja que los niños que sufrieron quemaduras son de un estrato socioeconómico bajo, lo que puede traer posibles consecuencias a mediano y largo plazo en la calidad de vida del niño y a corto plazo tendrá un impacto financiero, mental y emocional para la familia.

Las causas más frecuentes de este tipo de accidente, ocurren en el hogar, son agentes de diversa naturaleza, siendo los más comunes: los líquidos en ebullición (que afecta mayoritariamente la población infantil), el fuego directo, la electricidad. En relación a las causas de las quemaduras se especifica en los registros de las historias clínicas que las de con mayor frecuencia fueron con liquido caliente con un 82,89%

Según hallazgos de los datos tabulados la localización de la quemadura con mayor frecuencia porcentual fue la de varios sitios del cuerpo con un 76,70%, por tanto, se deben tener en cuenta ciertas clasificaciones de las quemaduras donde se tiene que según la profundidad (si son superficiales, o si afectan menor o mayor porcentaje de dermis), la extensión (se utilizó la regla de Lund-Browder) y la localización de las lesiones (si afecta zonas vitales o no).<sup>9</sup>

Por otro lado, en cuanto al Porcentaje de extensión de la quemadura predominó el ítem del 11 a 20% con un 36,58%, tomando lo expresado por el autor las quemaduras que afecten más de un 10% de superficie corporal quemada (SCQ) de segundo grado en niños o más del 2% SCQ de tercer grado en niños o que involucren zonas vitales serán consideradas quemaduras moderadas o graves y deberán ser derivadas a centros especializados.<sup>9</sup>

Tal como lo presenta Freitez, M. (2024)<sup>19</sup> cuyo trabajo se relaciona con esta investigación en los que se refiere a la causa de las quemaduras, localización y porcentaje de extensión de las mismas, donde los resultados reflejan que: el agente causal más común de las quemaduras fue el fuego directo (48,08%); las áreas anatómicas comprometidas fueron miembros superiores (48,08%), cara (38,46%) y miembros inferiores (36,54%). La mitad de los pacientes tenían una extensión de quemadura de 21-40% y espesor parcial profundo de segundo grado;

el 65,38% presentaban quemaduras moderadas y en 32,69% la estancia hospitalaria duró entre 41-50 días.

En relación al Grado de la quemadura se observó que la mayor prevalencia fue en las quemaduras Grado 2 con un 99,41%. La investigación de Fortunato, B.<sup>17</sup>, se relaciona con esta investigación por cuanto identifica de las quemaduras según su profundidad, evaluación de su gravedad: Superficiales Tipo "A"; Intermedias Tipo "AB" y Profundas Tipo "B", lo que equivale a comparar con la clasificación aquí referida: Grado 1, Grado 2 y Grado 3.

Por otra parte, el manejo terapéutico de pacientes quemados al realizar la primera exploración física después de ser hospitalizado se divide en cuatro acciones: cura en bañera, cura quirúrgica, injerto y mixto. De estos manejos terapéuticos la cura quirúrgica y la cura en bañera tienen mayor porcentaje, demostrándose que son las más utilizadas en pacientes con quemaduras, teniendo un porcentaje de uso de 42,77% y 35,10% (periodo 2015-2022) respectivamente.

En relación a la prevalencia de complicaciones de los pacientes con quemaduras, se obtuvo que el 91,45% de los pacientes no tuvieron complicaciones, En caso de presentar alguna complicación la de mayor prevalencia en los pacientes con IPPB (infecciones de piel y partes blandas) con un 4,55% de los casos en el año 2020.

En cuanto a la evolución del paciente, se evidencia que la estancia hospitalaria del este no es mayor a los 28 días, predominando una hospitalización de 8-28 días con un 53,98%. Al respecto puede decirse que la estancia prolongada se explica por la incidencia de varios factores como las posibilidades de presentarse además de la quemadura, traumas asociados que convierten al paciente en un lesionado complejo, la necesidad de varios tratamientos quirúrgicos progresivos puesto que en ocasiones inicialmente un tejido aparenta viable y luego no es así, entre otros.

Se interpreta de la investigación de Basilico, H., y cols.(ob.cit), que la estancia hospitalaria está relacionada directamente a la gravedad de la quemadura y el oportuno manejo terapéutico de la misma, concluyendo en su estudio que la "mediana de superficie corporal quemada (SCQ) fue 30% (0-100%), lesiones tipo

B (profundas) 16,2% (0-100%) y gravedad crítica (37,4%) y grave (19,2%), requiriendo una mediana de 5 actos quirúrgicos (0-55). El 87,3% de los ingresos fue en cuidados intensivos, con mediana de estancia hospitalaria de 33 días (1-243)".<sup>15</sup>

## CONCLUSIONES

Mediante los resultados de la investigación de las características clínicas, epidemiológicas y manejo terapéutico de las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital Dr. Jorge Lizárraga en el periodo 2015-2022, se pudo obtener las siguientes conclusiones:

El mayor número de los casos, en cuanto a las edades de los pacientes, los grupos extremos del estudio son las de <5 años presentándose el mayor número de casos. Reforzando la idea de que a esta edad los niños están en una etapa exploratoria.

El sexo más frecuentemente afectado fue el masculino. Por otro lado, en cuanto a al grado de quemadura se observó que la mayor prevalencia se presentó la quemadura de segundo grado de espesor parcial superficial y profundo. se observó que, el Graffar 4 es el de mayor prevalencia con el 64,60%, esto refleja que los niños que sufrieron quemaduras son de un estrato socioeconómico bajo, la localización de la quemadura con mayor frecuencia porcentual fue la de varios sitios del cuerpo con un 76,70%, en cuanto al Porcentaje de extensión de la quemadura predominó el ítem del 11 a 20% con un 36,58%, En relación a la prevalencia de complicaciones de los pacientes con quemaduras, se obtuvo que el 91,45% de los pacientes no tuvieron complicaciones, y de los que presentaron alguna complicación la de mayor prevalencia en los pacientes con IPPB (infecciones de piel y partes blandas) con un 4,55%

Según las medidas terapéuticas con mayor frecuencia fue el tratamiento quirúrgico, seguido por la cura de bañera y posterior el tratamiento mixto. Además, que el tiempo de estancia más observado fue de 8 a 28 días.

## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de manera general están orientadas desde el punto de vista educativo:

- 1.- A las madres dar sesiones educativas sobre la prevención de accidentes en niños, donde se incluya cuáles son los riesgos y como minimizarlos.
- 2.- La referencia al cirujano pediatra debe ser inmediata para asesoramiento a los padres y toma de decisiones quirúrgicas oportunas
- 3.- La historia clínica en los pacientes con quemaduras debe ser llenada de forma exhaustiva, con todos los datos y preservada por el personal de historia medicas de la institución.
- 4.- Aplicar tratamiento adecuado de acuerdo al tipo de quemadura y que nos permita dar pronóstico de las complicaciones, calidad de vida, escolaridad y abandono.
- 5.- Tratamiento multidisciplinario: pediatra, nutricionista, psicólogo, infectólogo además del seguimiento regular en consulta de cirugía pediátrica y cirugía plástica para mejorar la calidad de vida de los pacientes con quemaduras.
- 7.- Mantener la línea de investigación sobre quemaduras y sus complicaciones a corto y largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez-Velarde Teresa de J, Lona-Reyes Juan C, Riebeling-Dueñas Alejandra, Orozco-Alatorre Luis G. Incidencia y factores de riesgo para bacteriemia en pacientes pediátricos con quemaduras en un Centro de Atención Especializado en México. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2017 Jun [citado 2024 Ago 08] ; 34( 3 ): 221-226. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182017000300003](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000300003)
2. Marqués, C., Ramos, D. y Tibola, J. (2019). Evaluación fisioterapéutica de cicatrización en lesiones de quemaduras: revisión de la literatura / Rev. bras. queimaduras ; 14(2): 140-144, abr.-Jun. 2015.14(2):140-141. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-777689?lang=es>
3. Barrera, A., Acevedo, K., Pinillos, V. (2016). Intervención fisioterapéutica en el niño Quemado: Construcción desde la práctica basada en la experiencia, Rev. Fac. Med. 2016; 64 (1): 39-40. Disponible: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112016000500039](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000500039)
4. Ferj, D. (2009). Quemaduras en edad pediátrica. Rev. Med. Clín. Condes 2009; 20(6) 849– 859. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X071686400932258X>
5. Maya, L. (2008). Evaluación y tratamiento de las quemaduras en la niñez. Sociedad Colombiana de Pediatría. Programa de Formación continua en Pediatría, 2008. Año 3, modulo 2, 23 – 38. Disponible: [https://issuu.com/precopscp/docs/precop\\_ano3\\_mod3\\_quemaduras](https://issuu.com/precopscp/docs/precop_ano3_mod3_quemaduras)
6. Abelardo, M. (2000). Aplicación de Adhesivo Plaquetario autólogo: Mejora cicatrización en pacientes quemados. Boletín Científico Asociación Chile de Seguridad. 2000 jun: 26–30. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-318082>
7. Moscoso, V., Maza, J. (2002). Análisis de la morbi-mortalidad del quemado extenso adulto. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, 2002, 12(2):71-73. Disponible: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Moscoso%2C+V.%2C+Maza%2C+J.+%282020%29.+An%3%A1lisis+de+la+morbi-mortalidad+del+quemado+extenso+adulto.+Asociaci%3%B3n+Mexicana+de+Cirug%3%ADa+Pl%3%A1stica%2C+Est%3%A9tica+y+Reconstruc+tiva%2C+2020%2C+12%282%29%3A71-73.&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Moscoso%2C+V.%2C+Maza%2C+J.+%282020%29.+An%3%A1lisis+de+la+morbi-mortalidad+del+quemado+extenso+adulto.+Asociaci%3%B3n+Mexicana+de+Cirug%3%ADa+Pl%3%A1stica%2C+Est%3%A9tica+y+Reconstruc+tiva%2C+2020%2C+12%282%29%3A71-73.&btnG=)

8. Klein MB, Goverman J, Hayden DL, Fagan SP, McDonald-Smith GP, Alexander AK, et al. Benchmarking outcomes in the critically injured burn patient. *Ann Surg.* mayo de 2014;259(5):833-41
9. Ahn CS, Maitz PKM. The true cost of burn. *Burns.* noviembre de 2012; 38:967-74.
10. Yasti AC. Guideline and Treatment Algorithm for Burn Injuries. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery (Internet).* 2015 consultado 4-12-2020; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/275359263\\_Guideline\\_and\\_Treatment\\_Algorithm\\_for\\_Burn\\_Injuries](https://www.researchgate.net/publication/275359263_Guideline_and_Treatment_Algorithm_for_Burn_Injuries)
11. Gorordo, L, Hernández, G, Zamora, S, García, M, Jiménez, A, Tercero, B. Atención inicial del paciente quemado en UCI: revisión y algoritmo. *Rev Hosp Jua Mex.* 2015;82(1):43-8.
12. Organización Mundial de la Salud. (2012). Informe sobre la Prevención de lesiones en niños, 2012. Disponible: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77761/9789275316566\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77761/9789275316566_spa.pdf)
13. Kristen, D., y Joel, F (2008). Older adults and burns: Epidemiology. *Geriatrics and Aging.* 2008; 11:270–5. Disponible: [https://www.researchgate.net/publication/318776097\\_The\\_Elderly\\_Burn\\_Patient](https://www.researchgate.net/publication/318776097_The_Elderly_Burn_Patient)
14. Di Vincenzo, M. (2023). Quemaduras Eléctricas en Pediatría Pediatric Electrical Burn Injuries. Universidad Del Salvador Rotación Quemados Hospital Alemán Agosto- diciembre. Disponible: <http://raq.fundacionbenaim.org.ar/wp-content/uploads/2023/12/quemaduras-faciales.pdf>
15. Basílico, H., Guarracino, JF., Murruni, A., Tramonti, N. y Villasboas, R. (2021). Epidemiología de las quemaduras pediátricas: seis años de experiencia en una unidad especializada de alta complejidad. *Ludovica Pediátrica - VOL 24 #02 - diciembre 2021.* Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1363143>
16. Fernández, Y., y Casas, M. (2020). Quemaduras. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020; 1:275-287. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Disponible: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos\\_seup\\_2020\\_final.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_final.pdf)
17. Fortunato, B. (2021). Contribución a la Identificación de las Quemaduras según su profundidad, evaluación de su gravedad (global y

regional), y a formular un diagnóstico y pronóstico (presuntivo y definitivo). Revista Argentina de quemaduras. Volumen 32 - N.º 1., 2022. Disponible en: <https://raq.fundacionbenaim.org.ar/contribucion-a-la-identificacion-de-las-quemaduras-segun-su-profundidad-evaluacion-de-su-gravedad-global-y-regional-y-a-formular-un-diagnostico-y-pronostico-presuntivo-y-definitivo/>

18. Naveda, O., Naveda, A. y cols. (2020). Factores de riesgo para mortalidad en el niño gran quemado en el Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”. Barquisimeto – Lara. Disponible: <https://revistapediatria.org/rp/article/view/225>
19. Freitez, M. (2024). Perfil clínico microbiológico en pacientes quemados. Unidad de Caumatología Dr. Rubén Sánchez Reyes. Boletín Médico de Postgrado 2024; 40(1): 47-57. Disponible: <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/4680>
20. Tamayo, M. (2007). Diccionario de la investigación científica. (2da. ed.). México: Limusa

# **ANEXOS**

## ANEXO A

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_consiento libre y voluntariamente la revisión de historias medicas de pacientes quemados en el periodo 2015-2022 por la medico Montebugñole Riana CI: CI:24.420.729, a fin de aportar datos estadísticos en la investigación descriptiva referente a las quemaduras de espesor parcial superficial y profundo atendidos en el servicio de cirugía pediátrica del Hospital Infantil Dr. Jorge Lizárraga, en el periodo comprendido de 2015 hasta 2022 (CHET), Valencia-Edo. Carabobo. Declaro que he sido debidamente informado sobre los aspectos del mencionado trabajo de investigación y se me ha permitido preguntar ampliamente sobre ellos.

Permito que la medico Montebugñole Riana CI: CI:24.420.729, utilice la información en dicho trabajo sin dar a conocer la identidad de los pacientes, permaneciendo la misma en el anonimato.

**ANEXO B**  
**(INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS)**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

HISTORIA		MES -/ AÑO	/			
EPIDEMIOLOGIA	EDAD	SEXO	M		F	
Fecha en que ocurrió el incidente		GRAFFAR	2	3	4	5
Causa de la quemadura						
Localización de la quemadura						
Grado de la quemadura	GRADO 1 _____ GRADO 2 _____ GRA _____					
Porcentaje de extensión de la quemadura	menor del 5% corporal _____	5-10% corporal _____	11-20% corporal _____	mayor del 20 % corporal _____		
<b>TIPO DE MANEJO TERAPEUTICO DE LAS QUEMADURAS</b>						
CURA EN BAÑERA	CURA QUIRURGICA	INJERTO	MIXTA			
<b>COMPLICACIONES DE LA QUEMADURA</b>						
SI			NO			
¿CUÁL COMPLICACIÓN?						
<b>ESTANCIA HOSPITALARIA</b>						
<8 DIAS _____		8 a 28 DIAS _____			> 28	

Fuente : Datos propios de la Investigación (Monteburg)

ñoie; 2024)