BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO"

"PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA."

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. FLOR SHUNEY ROMERO MARTÍNEZ

DIRECTOR

DRA. YANETH MARTÍNEZ TOVILLA

ASESOR METODOLÓGICO

DR. JORGE ALEJANDRO CEBADA RUÍZ

HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA, NOVIEMBRE 2019

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL PACIENTE GRAN – QUEMADO DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.”

PRESENTA:

DRA. FLOR SHUNEY ROMERO MARTÍNEZ

AGRADECIMIENTOS INSTITUCIONALES

Agradezco a mis Asesores, la Dra. Tovilla y el Dr. Cebada, por acompañarme en este proceso y el apoyo que me han brindado para concluirlo, ambos grandes Maestros que han dejado una huella en mi aprendizaje profesional.

A mi sede receptora por brindarme la oportunidad de pertenecer y formarme en ella.

A los pacientes del Hospital Psiquiátrico, especialmente a Tania Mayans por darme la oportunidad de comprender y aprender a través de sus vivencias, lo que es la enfermedad mental.

A la Jefatura de Enseñanza, Médicos de Base, personal de enfermería, área de salud y Administrativo, por la oportunidad de trabajar y aprender de ellos.

A mis maestros por la vocación de compartir sus conocimientos a las nuevas generaciones y dejar un legado en nuestra formación.

A los integrantes y fundadores de la Bibliohemeroteca Dr. José Luis Patiño Rojas, por permitirme formar parte de este proyecto y ser su representante en los últimos dos años, por los momentos que dejan una gran satisfacción por el trabajo realizado y el resultado logrado.

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

Agradezco infinitamente a Dios por darme la vocación que ejerzo día a día, por permitirme encontrar satisfacción en mi actuar médico y hacer de cada día una oportunidad para creer y mejorar.

A mi Madre Blanca Flor y a mis Hermanos Tomas y Omar, por creer en mí, por apoyarme a cada paso de esta carrera, ser mis pilares, mi fuente de amor más pura e infinita que me fortalece cada día y me da el impulso para lograr mis sueños y metas, por ser un gran ejemplo de superación, dedicación y amor al prójimo.

A mi Padrino Carlos Canales, filósofo humanista, por compartirme su visión de la vida y hacer de mí un mejor ser Humano.

A mi Terapeuta por acompañarme durante estos 4 años de especialidad, por ser mi guía profesional, darme su apoyo y acompañarme durante la búsqueda de mi ser, por enseñarme a aceptar mis diferencias y a valorar mis fortalezas.

A mi amigo Cesar Ramírez, por la amistad que nos llevó a coincidir en esta vida, por la confianza y apoyo que me brindo para seguir este impulso y tomar la decisión perfecta, que me llevo a lograr este sueño.

A mi compañero de residencia, maestro y amigo, el Dr. Fernando Mancilla, le agradezco que sea una luz y guía en mi camino, por compartirme su pasión por la Psiquiatría durante estos 4 años, por enseñarme a ser “constante y Feliz”, por regalarme siempre una palabra de aliento y ser una inspiración y ejemplo a seguir.

Tabla de contenido

I. RESUMEN 1

II. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES. 2

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 23

IV. JUSTIFICACIÓN 25

V. HIPOTESIS DE TRABAJO 27

VI. OBJETIVOS 29

6.1Objetivo general 29

6.2 Objetivos Específicos: 29

VII. METODOLOGÍA. 31

7.1 Tipo de estudio 31

7.2. Lugar de estudio 31

7.3 Población de estudio 31

7.4 Criterios de selección 31

7.5 Tamaño de la muestra 32

7.6 Variables 33

7.7 Diseño de estudio 34

7.8 Consideraciones Éticas 35

7.9 RECURSOS: 36

VIII. ANALISIS ESTADISTICO 37

IX. RESULTADOS 37

X. DISCUSIÓN 46

XI. CONCLUSIONES 48

REFERENCIAS 49

ANEXOS 51

Cronograma del estudio 51

Anexo 2. Profundidad de las quemaduras, según distintas clasificaciones 52

Anexo 3. Regla de Wallace 53

CONSENTIMIENTO INFORMADO 54

I. RESUMEN

Introducción. Las quemaduras se han asociado constantemente con trastornos de la salud mental los cuales se desarrollan como secuela derivado de los cambios inducidos por las quemaduras. Sin embargo es casi nulo el estudio que se ha realizado sobre los trastornos mentales en los pacientes pediátricos quemados.

Objetivo. Conocer la prevalencia de trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño en pacientes pediátricos con quemaduras entre 10 y 50%.

Material y métodos. Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. En el cual se incluyeron los casos pediátricos que presentaron quemaduras admitidos en la Unidad de Quemados Pediátrica perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, en una edad entre 0 años 11 meses 29 días a 17 años 11 meses 29 días. Que tuvieran una superficie corporal quemada entre 10 y 50%; en el periodo comprendido entre 1 enero y 30 de junio del 2018. A los cuales se les evaluó la presencia de trastornos psiquiátricos y se estudió su relación con la edad, sexo, superficie quemada, origen de la lesión y estancia hospitalaria.

Resultados. De 77 casos identificados en el periodo estudiado, solo 28 de ellos presentaron algún tipo de trastorno psiquiátrico. Siendo más prevalente en el sexo masculino (67.9%) y una edad promedio de 7.18 años. El trastorno con mayor incidencia fue el síndrome por trastorno de abandono en un 39.3%; interesantemente, se encontró una asociación entre la causa de la quemadura y el trastorno psiquiátrico ($p=<0.0001$).

Conclusión. El síndrome de abandono y el trastorno adaptativo son los más frecuentes en pacientes pediátricos quemados y estos diagnósticos se relacionas con el sexo del paciente.

Palabras clave. Quemadura, pediatría, trastorno mental

II. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.

La Unidad de Quemados (Anexo al Hospital del Niño Poblano) es inagurada en el 2008 para atender a la poblacion pediátrica que llegue a sufrir quemaduras y no cuentan con seguridad social, la cual cuenta con equipo especializado y personal altamente preparado apra ello en las diversas áreas desde valoración, cuidados intensivos, cirugía y urgencias. Hasta el momento se ha atendido un total de 2,336 pacientes.

Se entiende por quemaduras como lesiones de tejidos vivos a causa de agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío), químicos (cáusticos) o biológicos; lo que provoca lesiones desde eritema transitorio hasta la destrucción total de las estructuras.

Actualmente la sobrevida de los paciqntes con quemaduras ha mejorado derivado de la comprensión de la quemadura y del tratamiento de regeneración de tejidos; la atención brindada desde el periodo pre-hospitalario sigue siendo vital para lograr la sibrevida de los pacientes quemadis. (1)

Criterios para definir al paciente gran quemado.

Los pacientes cuya vida esta en riesgo requieren del mandejo de las unidades especializadas o de Unidades de Paciente Crítico (intermedio, intensivo) los cuales son denominados como pacientes pediátricos grandes quemados y cumplen con los siguientes criterios:(2)

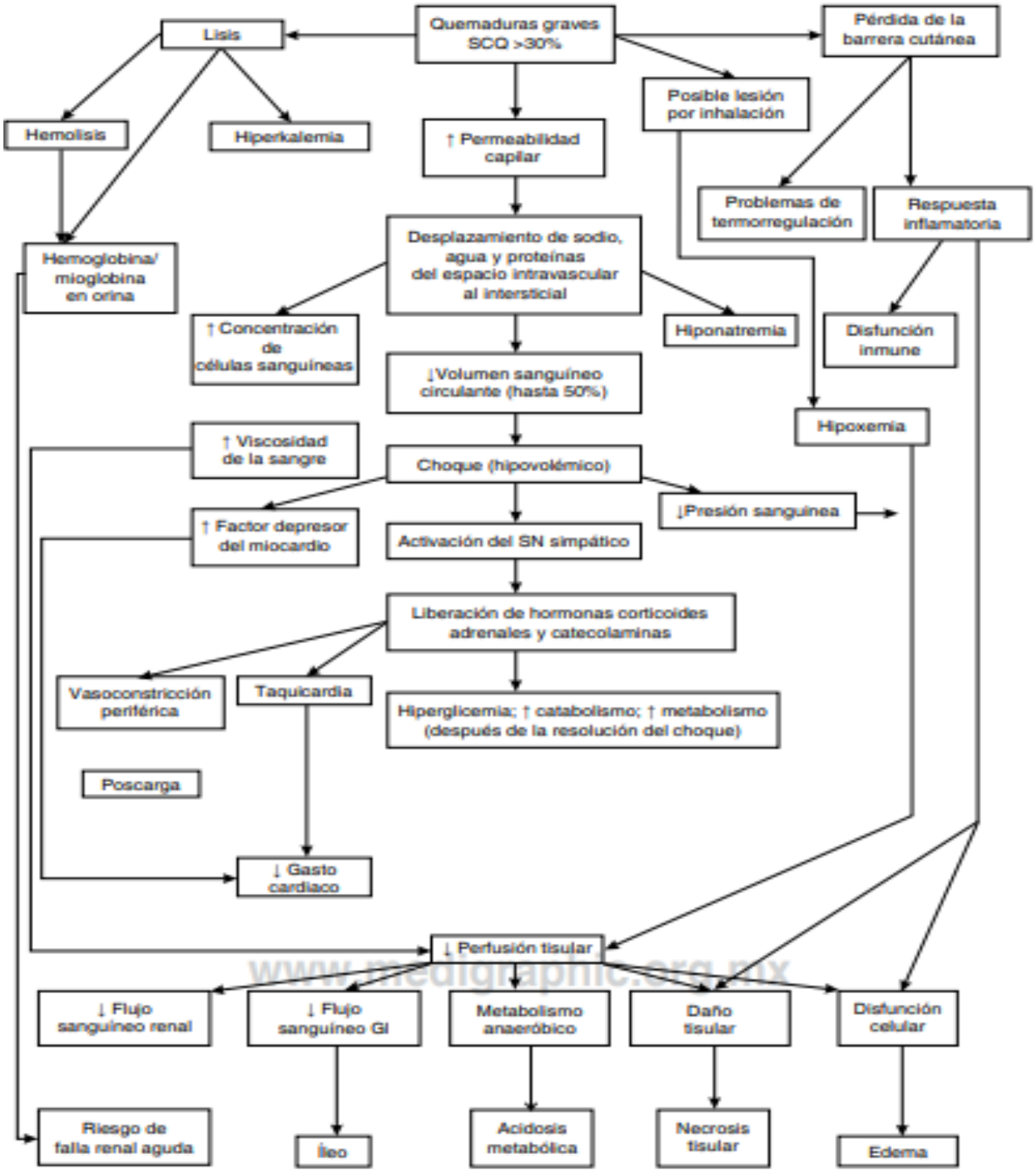
- Índice de gravedad mayor a 70 puntos o con quemaduras ab o b mayor a 10% de la superficie corporal.
- Lesión de la vía aérea.
- Quemaduras eléctricas por alta tensión.
- Quemados politraumatizados.
- Quemados con patologías graves asociadas.

Fisiopatología del paciente gran quemado

Las quemaduras inducen una respuesta fisiológica tanto local como sistémica. A nivel local se incluyen las lesiones de la dermis y de estructurassubyacentes como las principalmente afectadas; mientas que de manera sistémica se deben considerar la raduación, humo, sustancias toxicas y efectos químicos de los combustibles. La intensidad de la respuesta local dependerá de la extensión y profundidad de la lesión, considerando apra su estudio. Hay tres áreas: la zona central o de coagulación, donde el daño tisular es mayor y generalmente irreversible; la congestión es la congestión periférica, que se caracteriza por la posibilidad de congestión y recuperación, y la más periférica o congestión.Aunado a ello se debe considerar la perdia de la termoregulacion y predisposición de la hipotermia por la perdida de la piel y el incremento en el riesgo de la infección bacteriana local y sistémica por bacterias colonizadoras.

Si analizamos la reacción sistémica, esta es considerablemente compleja debido a la respuesta inmunológica, difuncion endotelial, coagulopatia y la repercucion en la falla multiorganica. Para poder evaluar la falla multiorganica se debe partir de la extensión y profundidad de la lesión sistémica, teniendo como punto critico las lesiones que superan el 30% de la superficie corporal. Ya que estas incrementan el edema y estado de choque, la hipoperfusión, la disfunción microcirculatoria y el importante balance proinflamatorio/antiinflamatorio. Las reacciones sistémicas que ocurren durante el agotamiento son complejas, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1



www.medigraphic.org.mx

De manera mas especifica en la respuesta sistémica a las quemaduras se dconsidera como prioritario:

a) Respuesta inflamatoria: La cual se ve suprimida por los siguientes factores: Factor de necrosis tumoral, interleucina uno y seis, tromboxano, leucotrienos,

histamina, serotonina, catecolaminas y radicales libres de oxígeno, este último mediado por el proceso de isquemia-reperfusión. Esto genera la perdida de la respuesta inmune especifica y se activa la activación del inflamosoma y que solo favorece un estado protrombótico con un incremento de riesgo de la enfermedad tromboembolica venosa y redistribución comaprtamental de liquidos. Esta inmunodepresión es potenciada por la disfunción de los polimorfonucleares, alteración en la activación del complemento y un estado de hipogammaglobulinemia. La sobreproducción de óxido nítrico tiene un papel central en los mecanismos de la lesión celular en las quemaduras y la lesión pulmonar por inhalación.[3]

b) Estado de choque y depresión miocárdica. Los enfermos con quemaduras graves presentan un estado de choque con una disfunción endotelial, fuga capilar, el desequilibrio del mecanismo de Starling, vasodilatación, depresión miocárdica mediada por las citocinas, la hipoxia, destrucción de los cardiomiocitos y una alterada disponibilidad de calcio en el aparato contráctil. Este estado induce también cambios en la resistencia vascular perifericam una hipoperfusión tisular grave con enlentecimiento de la microcriculación, hipoxia citopática y metabolismo anaerobio con hiperlactatemia. Por lo tanto, la reanimación agresiva y desproporcionada de pacientes quemados puede provocar complicaciones graves y poner en peligro la función y la vida. Por lo tanto, los objetivos del choque en pacientes quemados son la saturación de oxígeno venoso central, el gasto cardíaco, la capacidad de plegado de la vena cava inferior, el lactato sérico y la perfusión renal (índice de resistencia renal).[4]

c) Disfunción renal. La función renal se ve comprometida secundaria a un gasto cardiaco bajo, la depleción de volumen intravascular, la hipoperfusión esplácnica, la hipertensión intraglomerular, la apoptosis de células tubulares, la rabdomiólisis, la hemólisis, el síndrome de compartimento abdominal y la inversión del flujo córtico/medular. Por lo que se presenta oliguria, por lo que

su detección temprana con base en la determinación de la lipocalina urinaria es prioritaria, ya que dirige la terapia y la respuesta a las maniobras terapéuticas.[5]

d) Lesión por inhalación y edema pulmonar. Son lesiones secundarias y derivadas de diferentes toxicos que se producen durante la combustión; en especial asociados a las particulas de la ignicion. Sin embargo, estas se caracterizan por la presencia de un edema y obstruccion de la via área y del sistema bronqual acompañado por una broncorrea por un aumento en la producción de la secreción bronquial tanto en vias pequeñas como en las grandes vias. Lo cual potencia las lesiones alveolo-intersticial inducidas por el edema e inflamación derivada del humo mismo. Mientras que la disfunción endotelial potenciada por la reanimación hídrica descontrolada y la disfunción cardiaca favorece también el edema secundario pulmonar. Todo esto puede conllevar a una alteración de la relación ventilación/perfusión (V/Q) que termina induciendo una nectosis severa y un cortocircuito intrapulmonar. Tambien es frecuente en los pacientes quemados la lesión alveolar y su colapso en zonas de declive por perdida del surfactante y consecuentemente inducir una intoxicación por monóxido de carbono generando la producción de carboxihemoglobina. [6]

e) Respuesta neuroendocrina. En este caso la cascada esta dada por el incremento en la secreción del cortisol, las catecolaminas, la aldosterona, la angiotensina II, la vasopresina y el neuropéptido y con resistencia a la insulina. Similar a lo observado en los estados hiperglucemicos y los estados hipercatabólico.

f) Hipoperfusión esplácnica. Como consecuencia de la disminución del gasto cardiaco, la depleción de volumen intravascular, la vasodilatación y se acentúa en los pacientes que desarrollan el síndrome de compartimento abdominal. La hipoperfusión esplácnica predispone al desarrollo de íleo, la

translocación bacteriana, la amplificación de la respuesta inflamatoria sistémica y la disfunción orgánica múltiple.[7]

Valoración de la quemadura

Al evaluar una quemadura es necesario recopilar factores pronsoticos como la edad, extensión, profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, el mecanismo o causa de la lesión, la existencia de patología previa y el tipo de accidente que lo produjo. Adicionalmente, se debe evaluar las siguientes caracterisitcas de la lesión:[8]

1) profundidad

a) Nivel 1: Quemadura epidérmica

• El aspecto es rojo, sin ampollas ni burbujas, eritema, sin exudación. b) Nivel 2: quemaduras en la piel.

• Quemaduras superficiales de la piel. La formación de ampollas y las ampollas prominentes, congestión y exudación, retienen los folículos pilosos.

• Quemaduras profundas de la piel. La lesión se extiende a la capa profunda de la dermis, no forma ampollas, es obviamente hiperémica, exudativa y dolorosa, afectando los folículos pilosos.

c) Quemadura de tercer grado o subcutánea:

• Quemaduras subcutáneas superficiales. Presentan destrucción completa de las terminaciones nerviosas, por lo que son foliculares, y su apariencia cambia a través de la apariencia carbonosa y el blanco perla según el mecanismo de acción

• Quemaduras subcutáneas profundas. Son quemaduras que sobrepasan el espacio dérmico de la epidermis y dañan la estructura subyacente. Son indoloros.[8]

2) Agente productor

a) Eléctricas

b) Térmicas: fuego, líquidos y sólidos calientes

c) Radiación

d) Químicas

3. Criterios de gravedad de las quemaduras.[9]

1) Leves

• De primer grado

• De segundo grado con una extencion del < 10% de la superficie.

• De tercer grado con una extencion de superficie total quemada del < 2%

2) Graves

• De segundo grado con una extensión de la superficie corporal > 5% en ancianos y en adultos > 10%

• Quemaduras de segundo grado con localización en el cráneo, cara, cuello, axilas, pies, genitales y pliegues de flexo-extensión, independientemente del porcentaje de la zona quemada.

• Quemaduras de tercer grado.

• Todas las quemaduras van acompañadas de condiciones patológicas graves.

• Todas las quemaduras eléctricas y químicas

Morbimortalidad del paciente gran quemado

Las quemaduras se encuentran entre las principales causas de pérdida de años de vida; además de las perdidas originadas por las discapacidades inducidas por las quemaduras. Esto sin contar el tiempo que es perdido en el proceso de hospitalziación, atención, recuperación y rehabiltiación.

Pese aq la reducción en los casos de pacientes gran quemados en ls últimos años, aun su morbimortilidad es importante. Ya que diversos factores son los que contribuyen a la recuperación de dichos pacientes, entre estos factores encontramos la edad del paciente, la extensión y localización de las lesiones o superficie total afectada, la profundidad de estas, el agente causal, afectación

respiratoria y la existencia de enfermedades concomitantes; es de especial interés en considerar la edad del paciente y el procentaje total de superficie corporal quemada (SCQ).[8]

Prevalencia

Acorde a un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2008, las quemaduras son la quinta causa de muerte a nivel mundial con una incidencia de Grandes Quemados de 1,000 pacientes al año. En España anualmente más de 120.000 personas sufren quemaduras, de las cuales, aproximadamente un 5% precisan hospitalización.[10]

Cabe aclarar que se ha demostrado que la incidencia de quemaduras en pacientes con trastornos psiquiátricos es mayor al resto de la población.[11, 12] Ademas de que que la estancia hospitalaria en pacientes psiquiátricos con quemaduras tiende a ser mas prolongada que en pacientes no psiquiátricos.

Según las cifras actuales, la prevalencia de enfermedades mentales ha aumentado tanto en pacientes quemados como no quemados donde se alcanzan un 19%, frente a un 8.48% de prevalencia en 1999; además de que se asocio que la hospitalización incrementa la ansiedad y depresión en un 12-14%. [12] [13] [14]

De todo esto se deduce que el paciente gran quemado constituye un gran reto para los profesionales sanitarios por las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje desde la atención médica, atención psicológica, rehabilitación y gisioterapia; para posteriormente proceder a la inclusión social, activación funcional y apoyo social. El cual además suele estar asociado de manera intensa a las enfermedades mentales.

Criterios diagnósticos en Salud Mental

Empecemos por determinar qué es la Salud Mental, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud como «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (Wold Health Organization ,2004).[15] Ahora, especifiquemos qué un Trastorno Mental es conceptualizado como un síndrome caracterizado por una alteración significativa en la cognición, regulación de las emociones o la conducta del individuo reflejando una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, subyacentes al funcionamiento mental. Los trastornos mentales generalmente están asociados a angustia o discapacidad significativa en las actividades sociales, ocupacionales u otras dimensiones importantes. Las respuestas esperadas o culturalmente aceptadas ante un estresor externo o una pérdida como la muerte de un ser querido, no constituyen un trastorno mental. Mientras que las conductas socialmente desviadas (políticas, religiosas, sexuales, etc.) y los conflictos propios del individuos y su interaccion con la sociedad tampoco son considerados como trastornos mentales; ya que en estos casos no existe un conflicto que induzca una disfunsion del inviduo. [16]

A continuación, describiremos los trastornos de ansiedad que se consideran clínicamente más relevantes, ya sea por su frecuencia o por su particularidad con respecto a los sujetos de investigación, los cuales se han colocado aquí según el manual.

La clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia aún no tiene un carácter definitivo. Las dos clasificaciones internacionales al uso, ICD-10 (International Clasificación of Diseases) y DSM-V (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases), reseñan que existen algunos trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y en la adolescencia por 4 razones básicas[14]:

1. La mayoría de los niños que sufren trastornos de ansiedad son sujetos normales en la vida adulta y sólo una minoría terminará padeciendo algún trastorno
2. Muchos trastornos emocionales pueden considerarse exageraciones de las respuestas normales del niño.
3. Los mecanismos etiopatogénicos pudieran ser diferentes.
4. Los trastornos emocionales de los niños se diferencian con menos claridad que los del adulto en entidades específicas.

Específicamente, ICD-10 cree que los trastornos del estado de ánimo de aparición temprana son ansiedad por separación, fobias, alergias sociales y trastornos de competencia entre pares. Y el DSM-V solo incluye el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de apego reactivo.

Por otro lado, los trastornos de ansiedad también incluyen trastorno de pánico, fobia, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), respuesta al estrés agudo, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG); este último antes se conocía como excesivo. ansiedad. Excepto por el síndrome de ansiedad causado por afecciones médicas o uso de sustancias.[17]

Adicionalmente debemos de considerar en los pacientes quemados los trastornos por **estrés postraumático**, que según el El DSM-V [18] son:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

-Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

-Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

-Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

-Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de

-Traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

-Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

-Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

-Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

-Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

-Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitar de manera persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

-Evitar esfuerzos que induzcan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

-Evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

-Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

-Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

-Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

-Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

-Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

-Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

-Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

-Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

-Comportamiento imprudente o autodestructivo.

-Hipervigilancia.

-Respuesta de sobresalto exagerada.

-Problemas de concentración.

-Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Adicional a lo antes comentado, también debe considerarse la presencia de **síntomas disociativos** en los pacientes quemados. Entendiendo a los síntomas disociativos como aquellos que cumplen con los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Tambien se debe especificar si har una expresión retardada, esto es si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Otros trastornos que deben ser indagados en los pacientes quemados son **los trastornos de adaptació**n, cuyo diagnostico se basa en la identificación de los factores importantes de la vida que causan estrés, alteran otros sintomas y la afección a la capacidad para desenvolverse. Para el diagnóstico de trastornos de adaptación, el DSM-5 enumera estos criterios:

a. Tener síntomas emocionales o conductuales dentro de los tres meses después de que suceda un determinado factor estresante en tu vida.
b. Sufrir más estrés del que normalmente se esperaría en respuesta a un suceso de vida estresante.

c. Los síntomas no son el resultado de otro trastorno de salud mental o parte del duelo normal

Los trastornos de adaptación pueden ser los siguientes:

1. Con estado de ánimo depresivo. Los síntomas comprenden, principalmente, llanto y sensaciones de tristeza y desesperanza, así como falta de placer en las cosas que solías disfrutar.
2. Con ansiedad. Los síntomas comprenden, principalmente, nerviosismo, preocupación, sensación de agobio y dificultad para concentrarte o recordar cosas. Los niños que tienen un trastorno de adaptación con ansiedad pueden tener mucho miedo de que los separen de sus padres y seres queridos.
3. Con una mezcla de ansiedad y estado de ánimo depresivo. Los síntomas comprenden una mezcla de depresión y ansiedad.
4. Con alteración de la conducta. Los síntomas comprenden, principalmente, problemas conductuales, tales como peleas o conducción imprudente de vehículos. Los jóvenes pueden faltar a la escuela o vandalizar propiedades.
5. Con una mezcla de alteración de las emociones y de la conducta. Los síntomas comprenden una mezcla de depresión y ansiedad, así como problemas conductuales.
6. Sin especificar. Los síntomas no corresponden a los demás tipos de trastornos de adaptación, pero a menudo comprenden problemas físicos, problemas con la familia o amigos, o problemas en el trabajo o la escuela.

Los trastornos psiquiátricos en pacientes con quemaduras también están espuestos a la presencia o desarrollo del **trastorno de depresión mayor** el cual acodrde debe presentar

(A) cinco, o más, de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer:

a. Estado deprimido la mayor parte del dia
b. Perdida del interés o placer en la mayoría de las actividades
c. Perdida de peso o aumento del mismo de manera involuntaria superior a 5%
d. Alteraciones del sueño
e. Agitaci´n oretrazo psicomotor
f. Fatiga o adinamai continau
g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva
h. Perdida de la concentración o para toma de decisiones
i. Pensamiento recurrente de muerte o ideas suicidas

(B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

(C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

En este tipo de pacientes, los pacientes quemados tienen un riesgo muy alto de depresión, especialmente en el primer año (25-65%), debido a cambios en la imagen corporal, restricciones durante la hospitalización o aislamiento social que resulta en hospitalidad. También se ve agravado por el desarrollo de trastornos psicológicos y emocionales previos, afrontamiento ineficaz, que pertenece a las mujeres, o amigos cercanos mueren cuando esto sucede.[19]
Los cambios como la pigmentación de la piel, los cambios en la textura de la piel, las cicatrices, el encogimiento de la piel, la caída del cabello o las amputaciones son las principales razones de tales cambios en la imagen corporal.

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño son una patología muy frecuente ya sea aisladada o asociada a otros trastornos como se menciono previamente. Según el CIE 10, los trastornos del sueño son amplios y variados entre los que se distingue: Insomnio,

insomnio, trastornos del ritmo de excitación, apnea del sueño, narcolepsia y parálisis, "otros" trastornos del sueño como el síndrome de Kleine-Levin y trastornos del sueño no especificados. Además, la sección F51 presenta los trastornos del sueño no orgánicos, como insomnio, insomnio, alteraciones del ritmo de excitación, sonambulismo, terrores nocturnos y pesadillas, así como un grupo de "otros" y otro grupo de "no". Designado como "por ejemplo, trastorno del sueño emocional".

Tambien es necesario reconocer el origen o etiología de los trastornos deel sueño, entre los que encontramos:

1) 1) Insomnio psicofisiológico. Por tanto, se define como la dificultad condicional de conciliar el sueño, con o sin la gran facilidad de despertar del sueño, que dura más de un mes, y se acompaña de las siguientes condiciones: ansiedad o excesiva preocupación por el sueño, dificultad para quedarse dormido al acostarse o en siestas planificadas, pero no en otros momentos del día en los que se llevan a cabo tareas monótonas y en los que no hay intención de dormirse, hiperactividad mental, pensamientos intrusivos o incapacidad para cesar la actividad mental, que mantienen al sujeto despierto. Estos casos también e caracterizan por presentar una mejoría del sueño fuera del entorno y dormitorio habituales; excesiva tensión somática en la cama, que incapacita la relajación e impide conciliar el sueño. Su incidencia es del 1-2% aproximadamente de la población general, y predomina en el sexo femenino asi como en adolescentes y adultos jóvenes.[20]
2) 2) Insomnio causado por trastornos mentales. Esto se define como el insomnio que dura al menos un mes y es causado por una enfermedad mental subyacente (en la mayoría de los casos, está temporalmente relacionado con un trastorno mental diagnosticado según los criterios del DSSMD). En estos casos, el insomnio no se convertirá en un síntoma más de enfermedad mental. Es el insomnio más comúnmente diagnosticado en pacientes con trastornos especiales del sueño. Aproximadamente el 3% de la población general presenta síntomas compatibles con este diagnóstico.

3) Insomnio debido a problemas médicos. Es causada por enfermedades orgánicas coexistentes u otro cambio fisiológico. Afecta al 0,5% de la población total, y la prevalencia de ancianos es mayor, entre los pacientes evaluados por el departamento de sueño, el 4% padece este tipo de insomnio.

Trastornos disruptivos

Estos pertenecen al control de los impulsos y de la conducta, incluyendo los que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones; los cuales según el DSM-5 los define como problemas de la regulación del comportamiento y las emociones. Estos pueden entenderse como la existencia de conductas que violan los derechos de los demás (por ejemplo: agresión, destrucción de la propiedad), o provocan un conflicto importante entre el individuo y las figuras sociales o de autoridad. Es más frecuente en hombres[18]

Cuando hay desencadenantes biológicos y / o ambientales (ambientales) (como experiencias traumáticas), las enfermedades destructivas suelen aparecer en forma de comorbilidades, que pueden estar relacionadas con la forma de impulso-hiperactividad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) Incluidas las quemaduras.

Trastornos en los pacientes pediátricos quemados

Ahora de manera especifica se han señalado trastornos específicos presentes en los pacientes pediátricos previos a sufrir las quemaduras. Dentro de estos el mas común es el síndrome del niño maltratado (SNM) que lo originan tres elementos fundamentales para su presentación: un niño agredido que en ocasiones sufre de retraso psicomotor, un adulto agresor y situaciones del entorno familiar que conllevan un factor desencadenante del problema.[21] La principales causas de maltrato a niños por orden de frecuencia son: medidas disciplinarias (63%), sujetos con alteraciones de personalidad (59%), sujetos con trastornos de conducta (46%),

rechazo familiar (34%) y negligencia (34%). Los principales agresores identificados en el niño maltratado son: la madre (58%), el padre (25%), padrastros (11%) y otros (5%).[22]

El maltrato infantil tiene como antecedentes o base que el agresor también pudo presentar antecedentes de cualquier forma de maltrato en la infancia, desarrollo en ambiente de privación social, estimación inexacta de las actividades de sus hijos, falta de información y de experiencia sobre la crianza de los hijos, pérdida de la inhibición para manifestar la agresión; lo que puede traducirse como que los agresores suelen padecer una enfermedad mental: crónicamente agresivos, compulsivos y de tipología pasivo dependiente.[23]

Lo que ha quedado demostrado en estudios que señalan que al menos 10% de los padres agresores son sicóticos o muestran una autoestima devaluada, aislamiento social y tensión constante, alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia. Las características de la persona agredida son: edad (el maltrato puede observarse en cualquier edad pediátrica); el maltrato físico es más frecuente en recién nacidos y preescolares (menos de cuatro años) y el abuso sexual prevalece en escolares (con predominio entre 6-8 años); afecta a ambos sexos, en ocasiones es más frecuente en varones cuando es hijo único o en mujeres si ocupan el tercero o cuarto lugar; en el abuso sexual las niñas son más agredidas, la agresión física es mayor en niños. Otras causas son malformaciones congénitas o daño neurológico, enfermedades crónicas que requieren atención médica repetida, no corresponder al sexo esperado, niño demasiado irritable, desobediente y sin capacidad para controlar esfínteres. [24]

La Importancia de la salud mental en el paciente gran quemado pediátrico

Uno de los traumas mas severos en el ser humano pueden ser las quemaduras, ya que afectan todas las eferas de la persona. Entendiendo que los upervivientes se engrrentaran a grandes cambios físicos, sociales y psicológicos. [25]

El sufrir quemaduras en la infancia es sin duda un acontecimiento traumatico que permite experimentar al infante la sensación de riesgo de muerte y conciencia de daño irreversible. Dicha experiencia también es influenciada por factores asociados como la experiencia de eventos, hospitalización a largo plazo, desequilibrio físico severo, cicatrización tardía, dolor y discapacidad física; todos estos pueden conducir a secuelas que los pacientes quemados deben enfrentar..

Por lo que las quemaduras se caracterizan por presentar secuelas en diferentes esferas, las cuales son concpetualizadas como lesiones crónicas que presisten tras la lesión y son traumas consecuentes de las quemaduras y que produce cierta disminución de la capacidad funcional de un organismo o parte del mismo.[25]

Las secuelas corporales son secuelas que provocan cambios en diferentes estructuras corporales y pueden interferir con sus funciones. Las más comunes son [25]:

• Cicatrices hipertróficas, caracterizadas por rigidez, hipertrofia y enrojecimiento de los tejidos. Este tipo de lesión es común en pacientes con quemaduras extensas, dando lugar a deformidades y cambios en la movilidad de las estructuras afectadas.
• Debilidad y fatiga, que se deben a la disminución de la masa muscular provocada por una alta actividad catabólica durante el proceso agudo. En muchos casos, los pacientes deben permanecer en cama durante varios meses antes de aprender a caminar, debido a la pérdida masiva de músculos mencionada anteriormente.

- El dolor crónico severo puede durar muchos años después del accidente. Tiene muchos efectos sobre las personas y la sociedad, es otro factor que

afecta la disfunción y los problemas psicológicos, imposibilitando que los pacientes se adapten nuevamente a la vida.

- Cirugía de amputación, en la mayoría de los casos, discapacidad funcional, aumento de condiciones emocionales y psicológicas por pérdida, cambios en la imagen corporal y tristeza, etc
- Termoregulación y prurito

Los problemas de la salud han sido señalados como una fuente importante de ageccion a la esfera psicológica que pueden alterar el equilibrio integral de la persona. [25] Un factor a considerar es el ingreso a Unidades de Cudiados Intensivos, la separación social derivada de la hospitalicaion, el aislamiento físico, las normativas de los hospitales, la perdida de control de la situaciones dadas a nivel hospitalización y el proceso de internamiento. Todos estos factores contribuyen a la aparición o agravamiento de un trastorno mental.[19]

Todos estos traumas tienen un impacto directo a nivel de las cosciencia de los pacientes, ya que los pascientes pediátricos gran quemados se mantienen cosncientes durante todo el proceso de tratamiento siendo consicientos de la severidad de sus heridas y su evolución; lo que termina manifestándose como un incremento en la ansiedad o depresion.[19]

A partir del incidente de la quemadura, los afectados pueden revivir el suceso, mostrar inestabilidad emocional o establecer conductas de evitación. Otro trastorno frecuente es la ansiedad generalizada, este está muy ligado al desarrollo de depresión como ya se comento.[19]

Secuelas y su impacto en la calidad de vida

Acorde a la definición de la OMS la calidad de la vida es «la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e

inquietudes».[26] Por lo que caldiad de vida es un concepto amplio que se interrelaciona con la salud física y psicológica del sujeto, su desarrollo de independencia y su interacción social.

Las malas condiciones físicas y psicológicas dificultan el correcto desarrollo de la vida diaria de estas personas. Esto incide de igual forma en la reintegración del mundo social y familiar.[25]

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio permitirá documentar con suficiente claridad que la adversidad infantil puede afectar significativamente contribuyendo a Efectos negativos sobre su salud física y mental. La infancia es una etapa fundamental en la formación de la persona, se espera que sean años felices, años en los que necesitamos sentirnos arropados, amados y seguros, por lo que eventos severos como las quemaduras pueden afectar al sistema inmunológico y literalmente comprometer la salud en la vida adulta. Los niños de 0 a 18 años de todas las razas, clases económicas y regiones geográficas suelen tener malas experiencias en la infancia.; llegando a representar hasta el 29.8% de todos los Trastornos Mentales relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, tóxicos y alcohol, de la personalidad y alteraciones cognitivas previos a la lesión reportados en los diferentes países, Sin embargo, la incidencia de esta experiencia es mucho mayor en el sector hospitalario., especialmente en los grandes quemados que requieren hospitalizaciones prolongadas en las unidades de Quemados, por lo que hemos decidido analizar su prevalencia en la Niñez Poblana que reciben atención en a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Si bien algo de estrés es normal en la vida, pero el tipo de estrés que se produce cuando un niño vive una experiencia adversa como las quemaduras induce que el estrés sea tóxico; aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, mortalidad temprana y a una tórpida respuesta a tratamiento.

La Universidad de Yale reporto descubrieron recientemente que los niños que habían enfrentado estrés crónico y tóxico mostraron cambios "en todo el genoma" Los investigadores concluyeron que muchas de las afecciones de salud más comunes representan una amenaza para la vida adulta, incluida la obesidad, las enfermedades cardíacas, el abuso de alcohol y drogas, y están directamente relacionadas con la adversidad infantil, y su riesgo de desarrollar enfermedades aumenta el aprendizaje temprano. Y problemas de comportamiento. Estos efectos pueden verse magnificados a lo largo de las generaciones si no se tratan las La dolorosa experiencia ha causado considerables pérdidas económicas a la humanidad y la sociedad.

El conocimiento cada vez más integrado generado por diferentes disciplinas (neurociencia, ciencias del comportamiento, sociología, medicina) brinda a los profesionales de la salud infantil la oportunidad de reevaluar qué tipo de atención se necesita para maximizar el impacto en la salud de los niños. De por vida, hay que señalar que en la actualidad existe una gran cantidad de estudios que prueban el impacto del estrés traumático en el desarrollo cerebral., el cual puede verse interrumpido o perjudicado por una respuesta prolongada y patológica al estrés, La comprensión de un niño varía: aunque un niño puede no verse afectado por una amenaza grave, en otro niño, otras amenazas secundarias pueden ser traumáticas. Esta variabilidad es multifactorial y puede depender de La experiencia traumática previa del niño, desde su apoyo socioemocional e incluso tendencias genéticas, tiene un impacto importante y de por vida en el aprendizaje, el comportamiento, la salud y la función del adulto.

Los pacientes pediátricos hospitalizados de una unidad de quemados presentan frecuentemente comorbilidades asociadas, entre ellas psiquiátricas debido a que no se cuenta con protocolos de atención multidisciplinario, involucrando de forma activa a el área de salud mental debido a la poca experiencia, generando retraso en el diagnóstico de este tipo de trastornos mentales que se ve también favorecido por la carencia de recursos especializados en los mismos, ya que estos tienden a ser mal diagnosticados o pasarse por alto a pesar de las frecuentes comorbilidad y potenciales complicaciones que implican si no se cuenta con la capacitación especializada. En este estudio se busca plasmar la epidemiologia de trastornos psiquiátricos en la Niñez Poblana que reciben atención en a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, en específico, en pacientes grandes quemados pediátricos.

IV. JUSTIFICACIÓN

Durante la formación del médico residente de psiquiatría, es de gran importancia la adquisición de habilidades diagnósticas, clínicas y terapéuticas, en el área de enlace en Hospital General, así como el conocimiento del manejo integral del paciente gran quemado, así como la concepción de las diversas comorbilidades que surgen antes, durante y posterior al evento traumático, dichos aspectos son de relevancia clínica para su estudio, ya que se ve asociada a la respuesta terapéutica y pronóstico de la evolución del paciente.

Por lo que surge el interés respecto a esta problemática de salud mental y cómo impacta las repercusiones en la psique del individuo.

En Salud Pública, las quemaduras en la población infantil constituyen un serio problema [27, 28] debido al alto riesgo de mortalidad que presentan en relación al adulto, así como por acarrear lesiones invalidantes, funcionales y estéticas que causan desajustes psíquicos, sociales y laborales durante toda la vida.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos desarrollados, las quemaduras siguen provocando la tercera parte de las defunciones en niños en los países industrializados y en los llamados del tercer mundo[27]; en EEUU constituyen la segunda causa más común de muerte accidental en niños menores de 5 años.[29]

Si nos centramos en países del área latinoamericana podemos presentar estadísticas como las de Chile, donde las quemaduras constituyen la primera causa de muerte entre niños de 1 a 4 años[30], o las de la República Dominicana, donde también son la causa más importante de morbimortalidad por trauma, solamente superadas por los accidentes de tráfico, con una mortalidad del 18 al 26% en el 2002.[31] Preocupados por esta realidad hemos realizado un estudio para determinar la morbimortalidad del paciente pediátrico quemado en nuestro medio en la Unidad de Quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Este estudio proponemos realizar el abordaje biopsicosocial valorando el estado de shock tras el accidente, la ansiedad generada por la hospitalización prolongada, la

ansiedad y el dolor agudo asociados a los momentos de curación, cambios de vendajes y rehabilitación, como también los trastornos relacionados con el espectro psicótico, del ánimo, conducta, tóxicos y alcohol, de la personalidad y alteraciones cognitivas y el proceso de interiorización y aceptación de las consecuencias físicas y funcionales de la quemadura. Aportando conocimiento sobre la epidemiologia que presentan los pacientes pediátricos grandes quemados y la importancia del cuidado de la salud mental, con respecto a trastornos psiquiátricos, esto contribuirá a conocer la importancia de la implementación de protocolos de atención integral en las unidades médicas, que permitan la identificación oportuna, prevención y en su caso, tratamiento, optimizando recursos humanos, financieros y prevenir los gastos que derivan de las comorbilidades prevenibles, siendo favorecida con estas estrategias, uno de los sectores más vulnerables, como lo es la niñez poblana.

V. HIPOTESIS DE TRABAJO

La prevalencia de trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño en relación con los días de estancia hospitalaria es mayor en los pacientes pediátricos con mayor superficie corporal quemada en los grandes quemados de una unidad pediátrica perteneciente a los servicios de salud del estado de Puebla.

VI. OBJETIVOS

6.1Objetivo general

Conocer la prevalencia de trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño de acuerdo a los días de estancia hospitalaria y la superficie corporal total quemada según cantidad de superficie corporal total involucrada en la quemadura, estratificando la variable en zona de gran impacto funcional o emocional, que se define como zona crítica: cara, cuello, axilas, flexores de los miembros, manos, pies y área perineal; y resto de zonas que se definen como zonas no críticas: zonas de extensión de miembros inferiores y superiores, tórax, abdomen y espalda del paciente gran quemado de una unidad de quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla..

6.2 Objetivos Específicos:

a) Conocer cuál es la prevalencia de trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño, de la personalidad y alteraciones cognitivas en pacientes grandes quemados pediátricos de una unidad de quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

b) Determinar la frecuencia por género de trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño de la personalidad y alteraciones cognitivas de acuerdo a los días de estancia hospitalaria y la superficie corporal total quemada de una unidad de quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

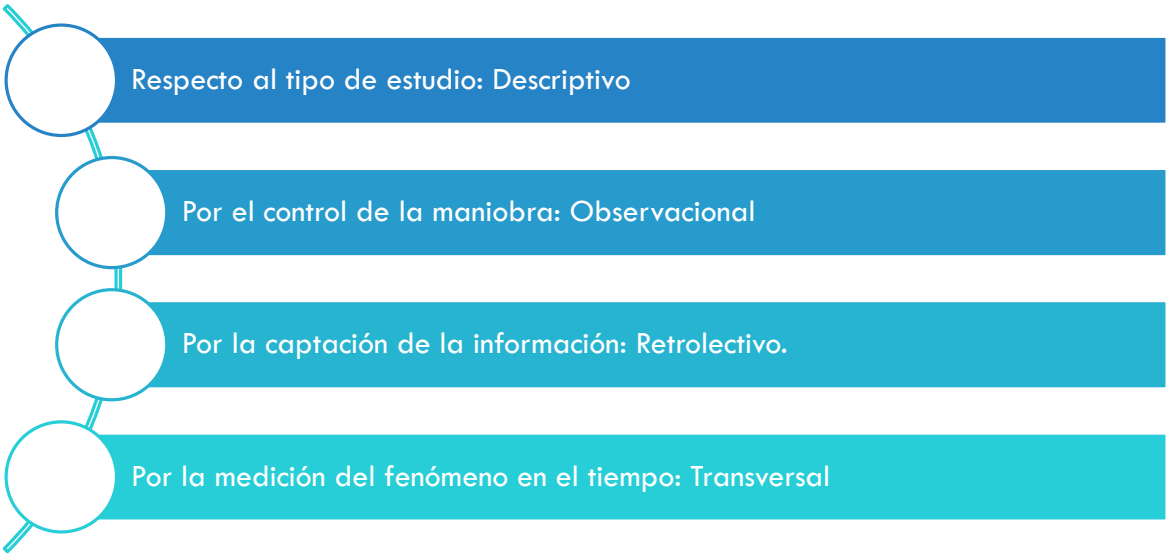
c) Determinar el grupo de edad con mayor riesgo para desarrollar trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño de acuerdo a los días de estancia hospitalaria y la superficie corporal total quemada una unidad de quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

d) Determinar la frecuencia de trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño de acuerdo a los días de estancia hospitalaria y la superficie corporal total quemada, según el tipo de quemadura: quemadura por electricidad, lesión por inhalación, quemaduras químicas, en el paciente gran quemado de una unidad de quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

e) Determinar la prevalencia de trastornos relacionados con el ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño de acuerdo a los días de estancia hospitalaria y la superficie corporal total quemada según cantidad de superficie corporal total involucrada en la quemadura, estratificando la variable en zona de gran impacto funcional o emocional, que se define como zona crítica: cara, cuello, axilas, flexores de los miembros, manos, pies y área perineal; y resto de zonas que se definen como zonas no críticas: zonas de extensión de miembros inferiores y superiores, tórax, abdomen y espalda del paciente gran quemado de una unidad de quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

VII. METODOLOGÍA.

7.1 Tipo de estudio



7.2. Lugar de estudio

Este trabajo se realizó en Unidad de Quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla durante el periodo correspondiente entre el 1 de enero del año 2018 al 30 de junio de 2018.

7.3 Población de estudio

Población Universal: Pacientes pediátricos quemados con superficie corporal quemada mayor al 10%. Que ingresaron a la Unidad de Quemados Pediátrica perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, de 0 años 11 meses 29 días a 17 años 11 meses 29 días.

7.4 Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes pediátricos de 0 años 11 meses 29 días a 17 años 11 meses 29 días con quemaduras corporales superiores del 10% de superficie

corporal y hasta el 50%, quemadura por electricidad, lesión por inhalación, quemaduras químicas.

- Pacientes que presenten algún trastorno psiquiátrico según criterios del DSM-5
- Género masculino o femenino
- Hospitalizados en Unidad de Quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.
- Que los padres o tutores firmaron el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que no ameriten internamiento en unidad de pacientes pediátricos quemados
- Quemaduras de superficie corporal total menor al 10%
- Trastornos psiquiátricos diferentes al espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño diagnosticado según criterios del DSM-5.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Instrumentos llenados de manera incompleta

7.5 Tamaño de la muestra

No se realizó cálculo de tamaño de muestra ya que se incluyeron a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de selección atendidos entre el 1 de enero del año 2018 al 30 de junio de 2018.

7.6 Variables

NOMBRE	SIGNIFICADO	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Genero del paciente	Fenotípico	Categoría dicotómica	Mujer : 1 Hombre: 2
Edad	Edad reportada en años, días, meses	Continua	0 a 3 años 4 a 7 años 8 a 11 años 12 a 15 años + 15 años
Porcentaje de superficie corporal quemada	Presencia y tipo de complicación, área de la quemadura y extensión de la misma.	Categórica nominal	1) Leves • Quemaduras de primer grado • Quemaduras de segundo grado < 10% de extensión • Quemaduras de tercer grado < 2% de superficie corporal afectada 2) Graves • Quemados de segundo grado con una extensión > 10% de la superficie corporal en adultos y > 5% en ancianos. • Quemaduras de segundo grado con localización en el cráneo, cara, cuello, axilas, pies, genitales y pliegues de flexo-extensión, independientemente del porcentaje de la zona quemada. • Quemaduras de tercer grado. • Todas las quemaduras que presenten una

			patología grave asociada. • Todas las quemaduras eléctricas y químicas
Zona critica	Mayor grado de Mortalidad, disfuncionalidad, complicaciones.	Categoría dicotómica	Si No
Causas de la quemadura	Mecanismo del trauma	Categórica nominal	Fuego directo Escaldaduras Electricidad Pirotecnia
Días de estancia hospitalaria	Reportada en días	Continua	Mínimo 1 día Máximo de 6 meses
Trastornos psiquiátricos	Que cumplan Criterios diagnósticos descritos en el DSM5 y/o CIE 10	Categórica nominal	• Síndrome por omisión de cuidados • Estrés agudo • Trastorno hipercinético • Trastorno adaptativo • Trastorno depresivo mayor • Insomnio • Trastorno de la conducta

7.7 Diseño de estudio

El estudio se llevó a cabo del 1 de enero del año 2018 y finalizar la recolección de datos el 30 de junio de 2018, durante este periodo los médicos residentes de psiquiatría de segundo año provenientes de Hospital Psiquiátrico Rafael Serrano realizarán un tamizaje constante de los pacientes internados en esta unidad y realizaran diagnóstico de los trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y alteraciones en la estructura del sueño que presenten dicha población.

Los niños ingresados en la Unidad de Quemados fueron evaluados por primera vez por un equipo multidisciplinario integrado por Pediatra intensivista, Psicólogos, Cirugía, trabajo social y aquellos con síntomas psicológicos fueron remitidos al psiquiatra, quien realizó las evaluaciones psiquiátricas. Los registros del diagnóstico psiquiátrico y los factores relacionados con las quemaduras se analizaron retrospectivamente.

Los diagnósticos psiquiátricos fueron evaluados por medio del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición Actualización del DSM-5® septiembre 2016, Clasificación Estadística Internacional Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión, edición 2008 Organización Panamericana de la Salud, 1995, Se registraron la edad, el sexo, la causa y la etiología de la quemadura, la duración después de la quemadura, el motivo de consulta, los síntomas y signos psiquiátricos y el diagnóstico psiquiátrico.

7.8 Consideraciones Éticas

En materia de ética se cumplió con la declaración de Helsinki en su revisión del 2013 de Rio de Janeiro acerca de experimentación con participantes humanos. De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el nivel de riesgo de este estudio es menor al mínimo, ya que la aplicación de las pruebas no generó ningún riesgo, salvo la incomodidad que pudo provocar el responder los cuestionarios.

Se cumple con el respeto del derecho de autonomía. Este proyecto de investigación fue sometido a valoración independiente por el Comité Local de Investigación, el cual se llevó a cabo posterior a la aprobación del proyecto y a la obtención del número de registro. Además, se cumplió con lo indicado por la NOM-012-SSA-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en humanos en relación a obtener la aprobación para el presente protocolo por el comité de ética local; así como de la elaboración y presentación de un consentimiento informado.

El manejo de la información de los participantes es confidencial cuidando la privacidad de los participantes. Se trabajó en una base de datos que solo tiene número de folio para resguardar la información de los participantes, la base original quedará resguardada por la investigadora principal y los asesores de tesis. Cumpliendo con la privacidad de información con total apego a lo que se señala en la Ley Federal de Protección de datos

7.9 RECURSOS:

- Humanos:

  Se llevó a cabo por el residente de la especialidad de psiquiatría quien previa valoración analizó si cumple criterios de trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, conducta, de la personalidad y en base al DSM-5, CIE 10.

- Materiales:

  Se empleó el manual DSM-5, CIE 10. Ordenador de computadora

- Financieros:

  Sin financiamiento

- Muestra:

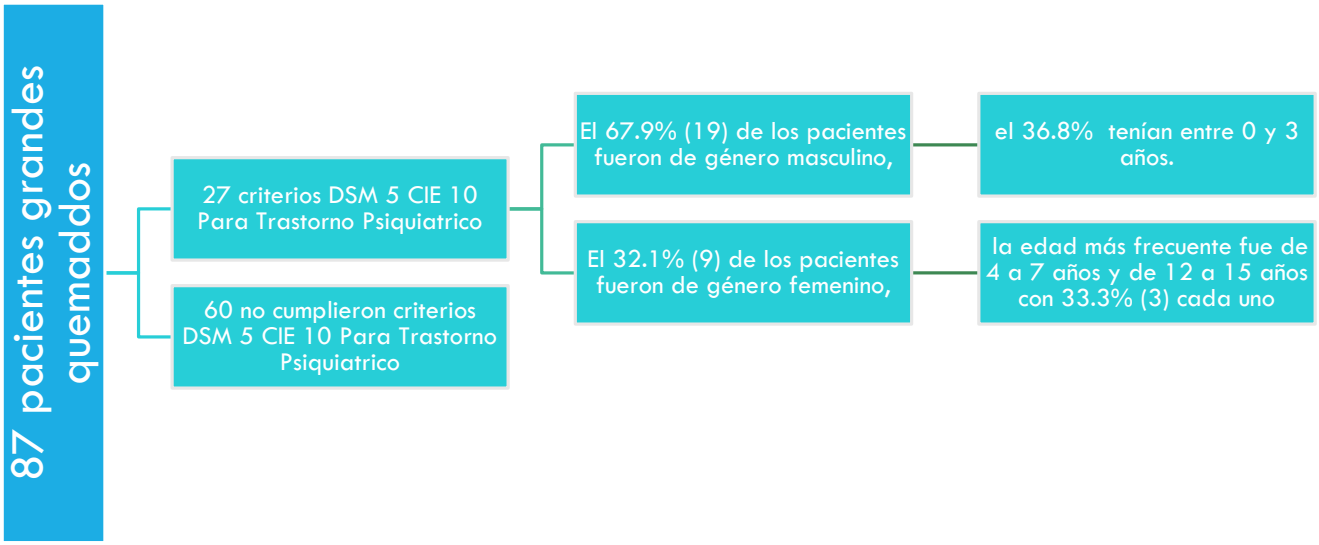
  El tamaño de la muestra se conocerá hasta transcurrido el tiempo del estudio que comprende del 1 de Enero del año 2018 y finalizar la recolección de datos el 30 de Junio de 2018 con las características requeridas (superficie corporal quemada mayor al 10%).

- El tipo de selección:
  No aleatorio

VIII. ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo empleando el programa IBM SPSS v 25 (USA). Para expresar los resultados se emplearon tablas y gráficas. La descripción de las variables cualitativas se realizó con frecuencias y porcentajes; mientras que para la variable cuantitativa se empleó medidas de tendencia central. Las correlaciones de variables cualitativas dicotómicas se realizaron mediante la prueba de independencia de Chi-cuadrada; mientras que para variables multicotómicas se realizó mediante la prueba de r de Pearson.

IX. RESULTADOS

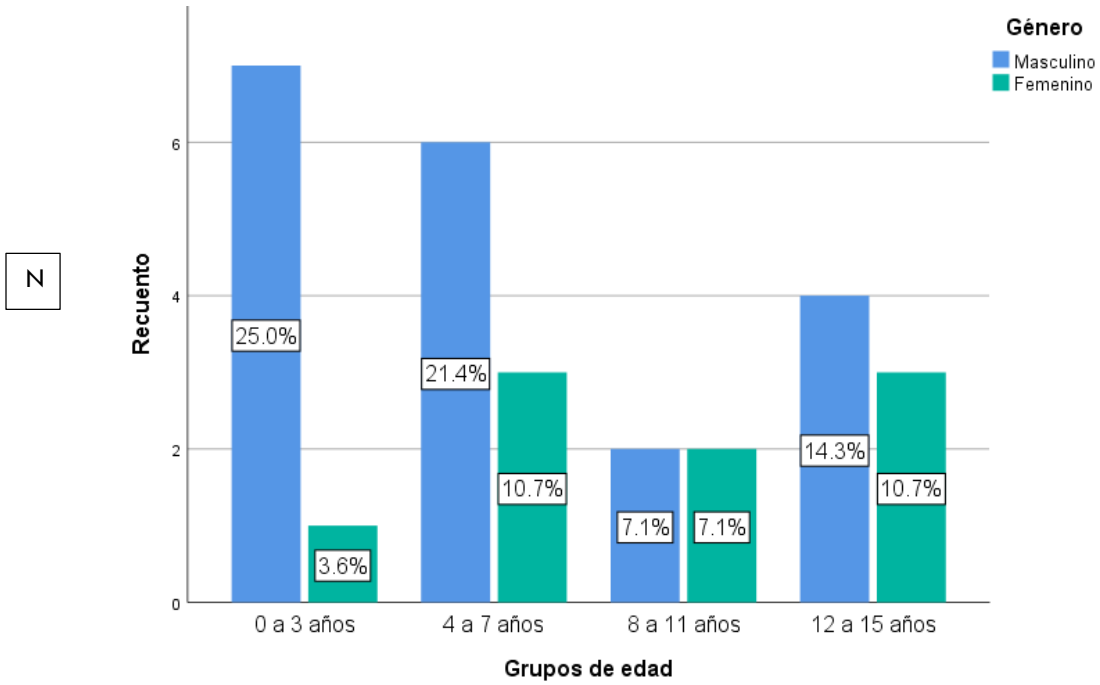


Se analizó la información de 87 pacientes de una unidad de quemados perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla. De los cuales 28 (36.36 %) del total de la población presento durante el periodo de estudio trastornos psiquiátricos con una edad media de 7.18 ±4.38, los cuales se desglosan a

continuación. El 67.9% (19 casos) de los pacientes fueron de género masculino, dentro de este grupo, el 36.8% (7 casos) tenían entre 0 y 3 años. El 32.1% (9 casos) de los pacientes fueron de género femenino, dentro de este grupo, la edad más frecuente fue de 4 a 7 años y de 12 a 15 años con 33.3% (3 casos) cada uno (Cuadro1, Gráfica1)

Cuadro 1. Distribución de los pacientes por edad y género.

		Género					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupos de edad	0 a 3 años	7	36.8	1	11.1	8	28.6
	4 a 7 años	6	31.6	3	33.3	9	32.1
	8 a 11 años	2	10.5	2	22.2	4	14.3
	12 a 15 años	4	21.1	3	33.3	7	25.0
	Total	19	67.9	9	32.1	28	100.0

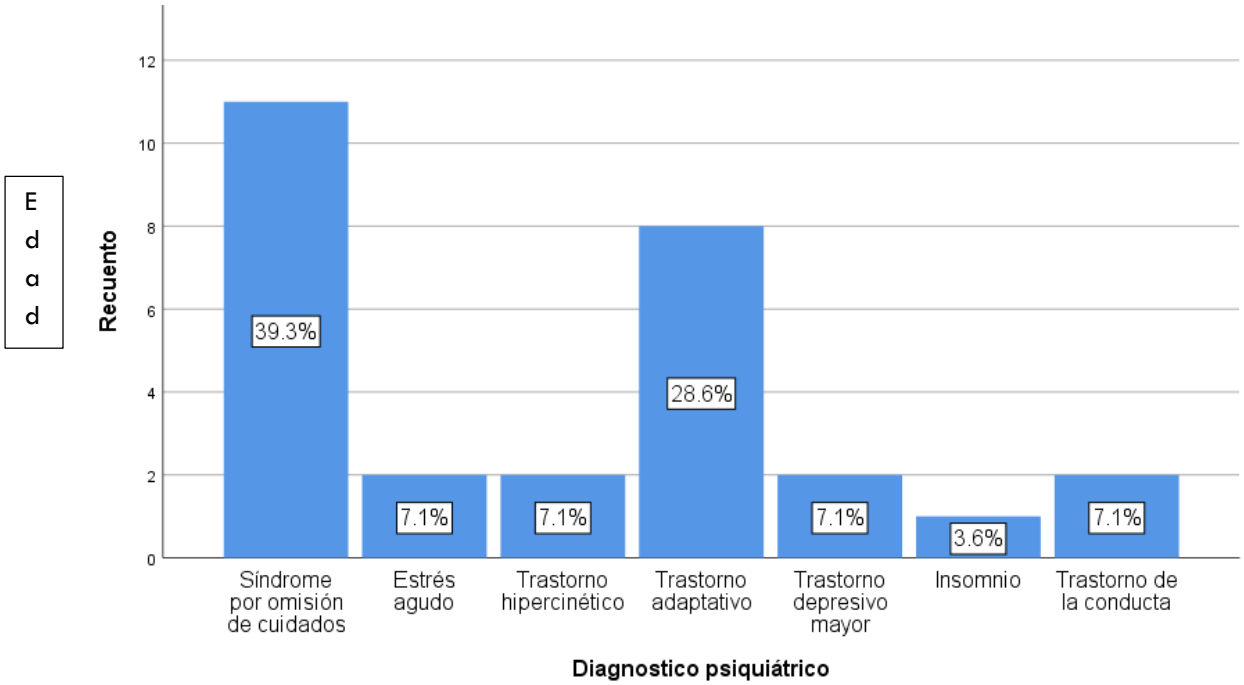


Gráfica 1. Distribución de los pacientes por edad y género.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, se encontró una prevalencia de 39.3% (23-57.7, IC95%) del síndrome por omisión de cuidados y de 28.6% (14.5- 46.8, IC95%) del trastorno adaptativo. Se encontró la misma prevalencia entre el estrés agudo, el trastorno hipercinético y el trastorno depresivo mayor con 7.1% (1.5- 21.0; IC95%) (Cuadro 2, Gráfica 2).

Cuadro 2. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos.

		n	%	IC 95%
Diagnóstico psiquiátrico	Síndrome por omisión de cuidados	11	39.3	(23.0, 57.7)
	Estrés agudo	2	7.1	(1.5, 21.0)
	Trastorno hipercinético	2	7.1	(1.5, 21.0)
	Trastorno adaptativo	8	28.6	(14.5, 46.8)
	Trastorno depresivo mayor	2	7.1	(1.5, 21.0)
	Insomnio	1	3.6	(0.4, 15.5)
	Trastorno de la conducta	2	7.1	(1.5, 21.0)



Gráfica 2. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos.

Cuadro 3. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por género.

		Género			
		Masculino		Femenino	
p=0.079[a]		n	%	n	%
Diagnóstico psiquiátrico	Síndrome por omisión de cuidados	9	47.4	2	22.2
	Estrés agudo	2	10.5	0	0.0
	Trastorno hipercinético	0	0.0	2	22.2
	Trastorno adaptativo	6	31.6	2	22.2
	Trastorno depresivo mayor	0	0.0	2	22.2
	Insomnio	1	5.3	0	0.0
	Trastorno de la conducta	1	5.3	1	11.1

a. Prueba χ^2 de independencia

Cuadro 4. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por grupos de edad.

		Grupos de edad							
		0 a 3 años		4 a 7 años		8 a 11 años		12 a 15 años	
p=0.123[a]		n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico psiquiátrico	Síndrome por omisión de cuidados	5	62.5	4	44.4	1	25.0	1	14.3
	Estrés agudo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	28.6

	Trastorno hipercinético	0	0.0	2	22.2	0	0.0	0	0.0
	Trastorno adaptativo	2	25.0	2	22.2	2	50.0	2	28.6
	Trastorno depresivo mayor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	28.6
	Insomnio	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Trastorno de la conducta	0	0.0	1	11.1	1	25.0	0	0.0

a. Prueba χ^2 de independencia

Cuadro 5. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por ubicación de la quemadura en zona crítica.

		Zona crítica			
		No		Si	
p=0.177[a]		n	%	n	%
Diagnóstico psiquiátrico	Síndrome por omisión de cuidados	4	36.4	7	41.2
	Estrés agudo	2	18.2	0	0.0
	Trastorno hipercinético	0	0.0	2	11.8
	Trastorno adaptativo	2	18.2	6	35.3
	Trastorno depresivo mayor	2	18.2	0	0.0
	Insomnio	0	0.0	1	5.9
	Trastorno de la conducta	1	9.1	1	5.9

a. Prueba χ^2 de independencia

En cuanto a la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos por sexo, en el género masculino el diagnóstico con mayor prevalencia fue el síndrome por omisión de cuidados con 47.4% (9 casos) seguido del trastorno adaptativo con 31.6% (6 casos). En el género femenino se obtuvo una prevalencia igual entre el síndrome por omisión de cuidados, el trastorno hipercinético, adaptativo y depresivo mayor con 22.2% (2 casos) cada uno. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los trastornos psiquiátricos y el género (p=0.079) (Cuadro 3).

En cuanto a la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos por grupos de edad, en los grupos de 0 a 3 y de 4 a 7 años de edad el diagnóstico con mayor prevalencia fue el síndrome por omisión de cuidados con 62.5% y 44.4% respectivamente; en

el grupo de 8 a 11 años el diagnóstico con mayor prevalencia fue el trastorno adaptativo con 50% y en el grupo de 12 a 15 años de edad los diagnósticos de mayor prevalencia fueron estrés agudo, trastorno adaptativo y trastorno depresivo mayor con 28.6% cada uno. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico y el grupo de edad (p=0.123) (Cuadro 4).

Sobre la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos de acuerdo a si la quemadura se encontraba en zona crítica, tanto en el grupo de pacientes cuyas quemaduras estaban en zonas no críticas como en el grupo de pacientes cuyas quemaduras estaban en zonas críticas, el diagnóstico con mayor prevalencia fue el síndrome por omisión de cuidados con 36.4% y 41.2% respectivamente. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de un trastorno psiquiátrico y la zona de la quemadura (p=0.177) (Cuadro 5).

Cuadro 6. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por causas de la quemadura.

	Causa de la quemadura									
	No especifica		Fuego directo		Escaldaduras		Electricidad		Pirotecnia/Exp	
p<0.001[a]	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Síndrome por omisión de cuidados	0	0.0	4	50.0	6	60.0	0	0.0	1	50.0
Estrés agudo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	33.3	0	0.0
Trastorno hipercinético	0	0.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno adaptativo	0	0.0	4	50.0	1	10.0	2	33.3	1	50.0
Trastorno depresivo mayor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	33.3	0	0.0
Insomnio	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno de la conducta	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

a. Prueba r de Pearson

Cuadro 7. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por porcentaje de la quemadura.

	Porcentaje de la quemadura							
	0% a 14%		15% a 29%		30% a 44%		45% a 59%	
p=0.728[a]	n	%	n	%	n	%	n	%
Síndrome por omisión de cuidados	8	47.1	2	28.6	1	33.3	0	0.0
Estrés agudo	0	0.0	2	28.6	0	0.0	0	0.0
Trastorno hipercinético	1	5.9	1	14.3	0	0.0	0	0.0
Trastorno adaptativo	6	35.3	1	14.3	0	0.0	1	100.0
Trastorno depresivo mayor	0	0.0	0	0.0	2	66.7	0	0.0
Insomnio	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0
Trastorno de la conducta	2	11.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0

a. Prueba r de Pearson

Cuadro 8. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por días de estancia hospitalaria.

	Días de estancia hospitalaria							
	0 a 19 días		20 a 39 días		40 a 59 días		60 a 79 días	
p=0.473[a]	n	%	n	%	n	%	n	%
Síndrome por omisión de cuidados	9	45.0%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
Estrés agudo	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
Trastorno hipercinético	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Trastorno adaptativo	6	30.0%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
Trastorno depresivo mayor	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0 %	1	100.0 %
Insomnio	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Trastorno de la conducta	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

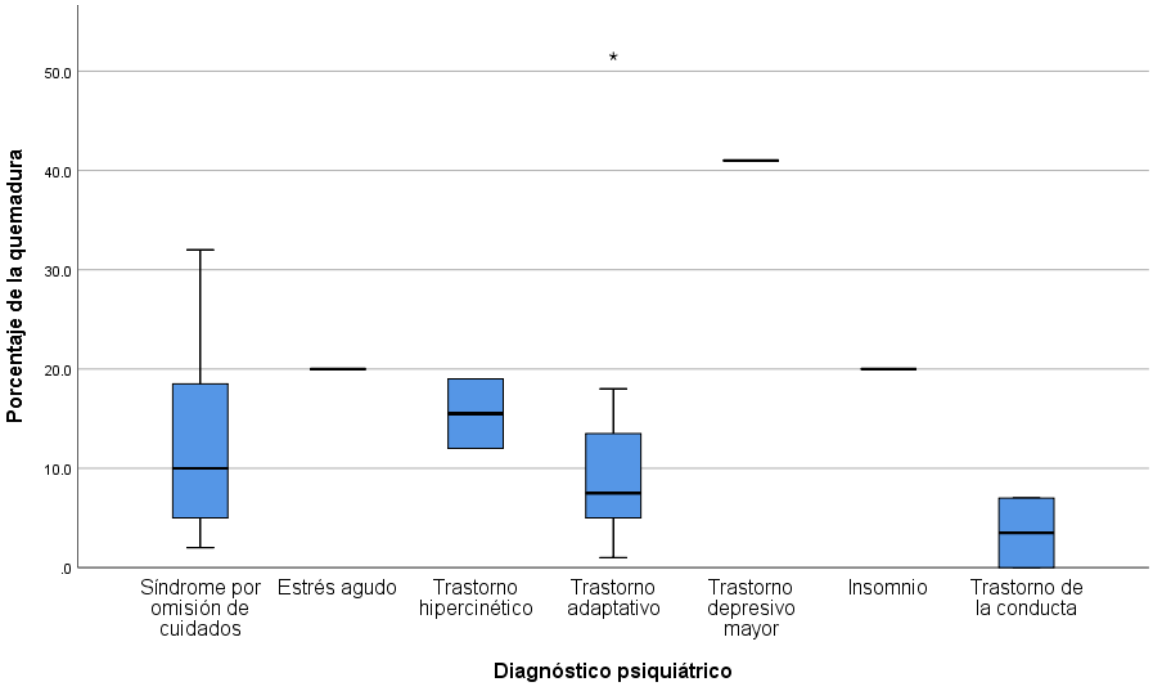
a. Prueba r de Pearson

Sobre la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por las causas de la quemadura, se encontró una prevalencia similar entre el síndrome por omisión de cuidado y el trastorno adaptativo con 50% en el grupo de pacientes cuyas quemaduras fueron causadas por fuego directo; en el grupo de pacientes con quemaduras por escaldaduras, el diagnóstico con mayor prevalencia fue el síndrome por omisión de cuidados con 60%. Mientras que en el grupo de pacientes con quemaduras por electricidad se encontró la misma prevalencia entre estrés agudo, trastorno adaptativo y trastorno depresivo mayor con 33.3% cada uno y en el grupo de

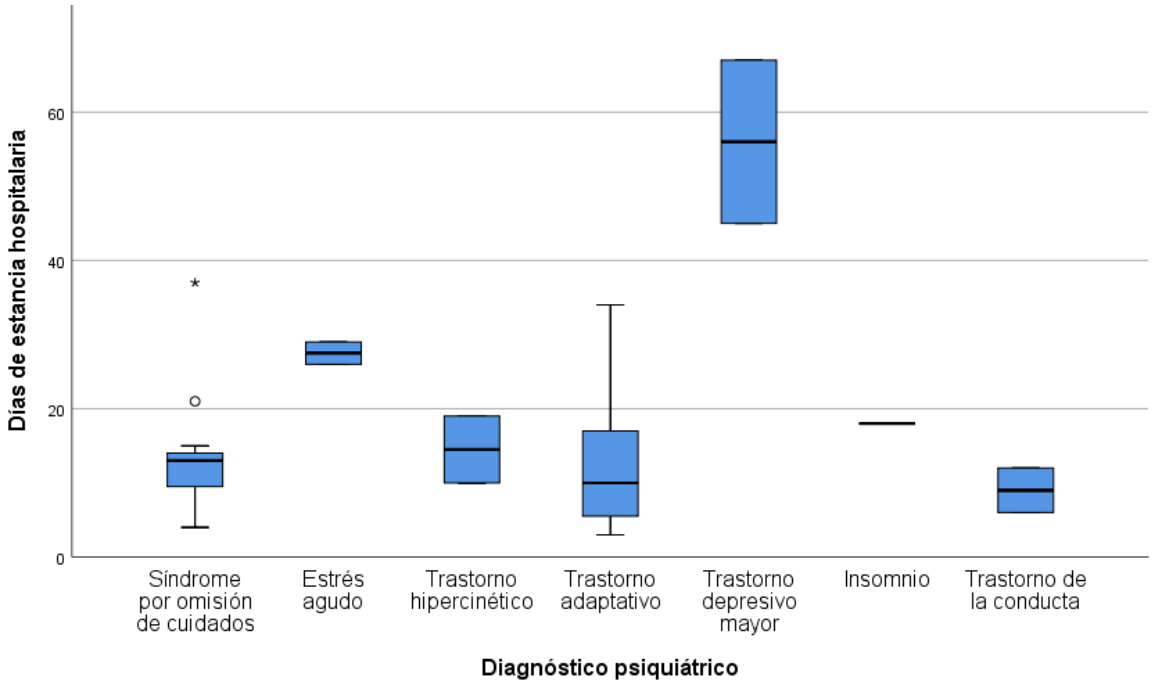
pacientes con quemaduras por pirotecnia o explosivos se encontró una prevalencia idéntica en el síndrome por omisión de cuidados y en el trastorno adaptativo con 50% cada uno. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico y la causa de la quemadura (r de Pearson) ($p<0.001$) (Cuadro 6).

En cuanto a la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por el porcentaje de la quemadura, en el grupo de 0% a 14% el diagnóstico con mayor prevalencia fue el síndrome por omisión de cuidados con 47.1%, en el grupo de 15% a 29%, el síndrome por omisión de cuidados y el estrés agudo presentaron la mayor prevalencia con 28.6% cada uno; en el grupo de 30% a 44% el diagnóstico con mayor prevalencia fue el trastorno depresivo mayor con 66.7% y en el grupo de 45% a 59%, el paciente presentó trastorno adaptativo. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico y el porcentaje de la quemadura (r de Pearson) ($p=0.728$) (Cuadro 7, Gráfica 3).

En cuanto a la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos por los días de estancia hospitalaria, en el grupo de 0 a 19 días, el diagnóstico con mayor prevalencia fue el síndrome por omisión de cuidados con 45%, en el grupo de 20 a 39 días, el síndrome por omisión de cuidados, el estrés agudo y el trastorno adaptativo presentaron la mayor prevalencia con 33.36% cada uno; en los grupos de mayor estancia hospitalaria (40 a 79 días), los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor. Tampoco se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico y los días de estancia hospitalaria ($p=0.473$) (Cuadro 8, Gráfica 4).



Gráfica 3. Gráfica de cajas del porcentaje de la quemadura entre los diagnósticos psiquiátricos



Gráfica 4. Gráfica de cajas de los días de estancia hospitalaria entre los diagnósticos psiquiátricos.

X. DISCUSIÓN

El impacto de las quemaduras y su recuperación sobre la calidad de vida ha sido objeto de estudio desde hace muchos años lo cual ha producido una extensa literatura. Varios estudios, tanto cuantitativos como cualitativos han demostrado como los pacientes con quemaduras severas han manifestado cambios importantes en su calidad de vida.[14, 26, 32-39]

Así mismo, el estudio de Zapata y Estrada muestro una relación negativa entre diversas quemaduras y las secuelas en la salud mental que repercuten en la calidad de vida, siendo estas quemaduras sobre todo las que afectan la cara y el tórax. (28), Se han encontrado resultados similares en otros estudios.Además, estos aumentan aún más la preocupación de las personas por las imágenes corporales que dependen más de la ubicación de la quemadura que de la extensión de la quemadura, es decir, aquellas áreas que muestran más reacciones psicopatológicas se encuentran en la cabeza. Áreas visibles como la cabeza y la cabeza. En las actividades profesionales y sociales, las manos y estas se asocian con una mayor sensación de frustración y restricción.[32-34]

La investigación liderada por Fauerbach mostró que el estado físico y mental de la calidad de vida de estas personas se ve afectado por pacientes con una gran carga física o mental, y muestran una tasa de recuperación más lenta y mayor impacto en el campo psicosocial..[35]

En su investigación, Rojas y Romero encontraron que las personas que sufren quemaduras pasan por una serie de etapas, en la primera etapa, independientemente de la gravedad y las consecuencias, se relacionan la imagen corporal y la apariencia. El problema, el concepto principal es devaluar la imagen, para luego reorganizar su identidad cuando se recupere y logre estabilidad en la vida.[19]

Otro estudio identificó que las quemaduras redujeron la calidad de vida a corto plazo en un 30%, mostrando una mayor estabilización a largo plazo. A pesar de esta estabilización la calidad de vida percibida por estos pacientes tras uno y dos años

del suceso era menor que la percibida 4 semanas antes de la quemadura.[37] La calidad de vida es menor en aquellos pacientes con más superficie corporal quemada, por ejemplo, la puntuación promedio tras un año de la quemadura en pacientes con SCQ <25% fue de 0,750; 0,722 para aquellos con SCQ de 25-50% y 0,695 para quemaduras mayores. Resultados similares fueron los encontrados por Öster, verificando la mejoría en la calidad de vida de estos pacientes con el paso del tiempo.[38]

El sexo femenino, la superficie corporal quemada y la importancia de la apariencia física fueron predictores de la insatisfacción de la imagen corporal.[39, 40]

Sin embargo, como se comenta la mayoría de los estudios sobre trastornos psiquiátricos y quemaduras se han enfocado en el periodo post-egreso de la unidad de quemados y rara vez en el periodo antes de la quemadura. Por lo que podemos establecer con este estudio que el trastorno por síndrome de abandono y el trastorno adaptativo son los más frecuentes en pacientes pediátricos quemados y estos diagnósticos se relacionan con el sexo del paciente.

XI. CONCLUSIONES

Tratamientos médicos intensivos, vendajes dolorosos que a menudo requieren sedación y tratamientos quirúrgicos masivos e invasivos son difíciles de manejar para niños y adolescentes. Los niños con un mayor porcentaje de área total quemada y días de estancia hospitalaria tienen el mayor riesgo de psicopatología. Comprender el proceso detrás del sufrimiento mental en un paciente después de una quemadura ayudará a los médicos a reconocer las secuelas psiquiátricas, ayudando a acelerar su recuperación, Los resultados de la investigación sugieren que las intervenciones psiquiátricas pueden ayudar a los niños a sobrellevar el tratamiento doloroso y sus efectos emocionales y pueden reducir las secuelas psiquiátricas de las lesiones por quemaduras. Como los trastornos psiquiátricos pueden tener un impacto negativo en el pronóstico y el tratamiento de los niños con quemaduras, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos son muy importantes. Por lo que se requiere que el equipo multidisciplinario que guían el equipo de atención del paciente gran quemado en la unidad de cuidados pediátricos tienen un papel fundamental en referir a los niños a un psiquiatra especializado para su adecuada evaluación, tratamiento y seguimiento.

El síndrome de abandono y el trastorno adaptativo son los más frecuentes en pacientes pediátricos quemados y estos diagnósticos se relacionas con el sexo del paciente.

REFERENCIAS

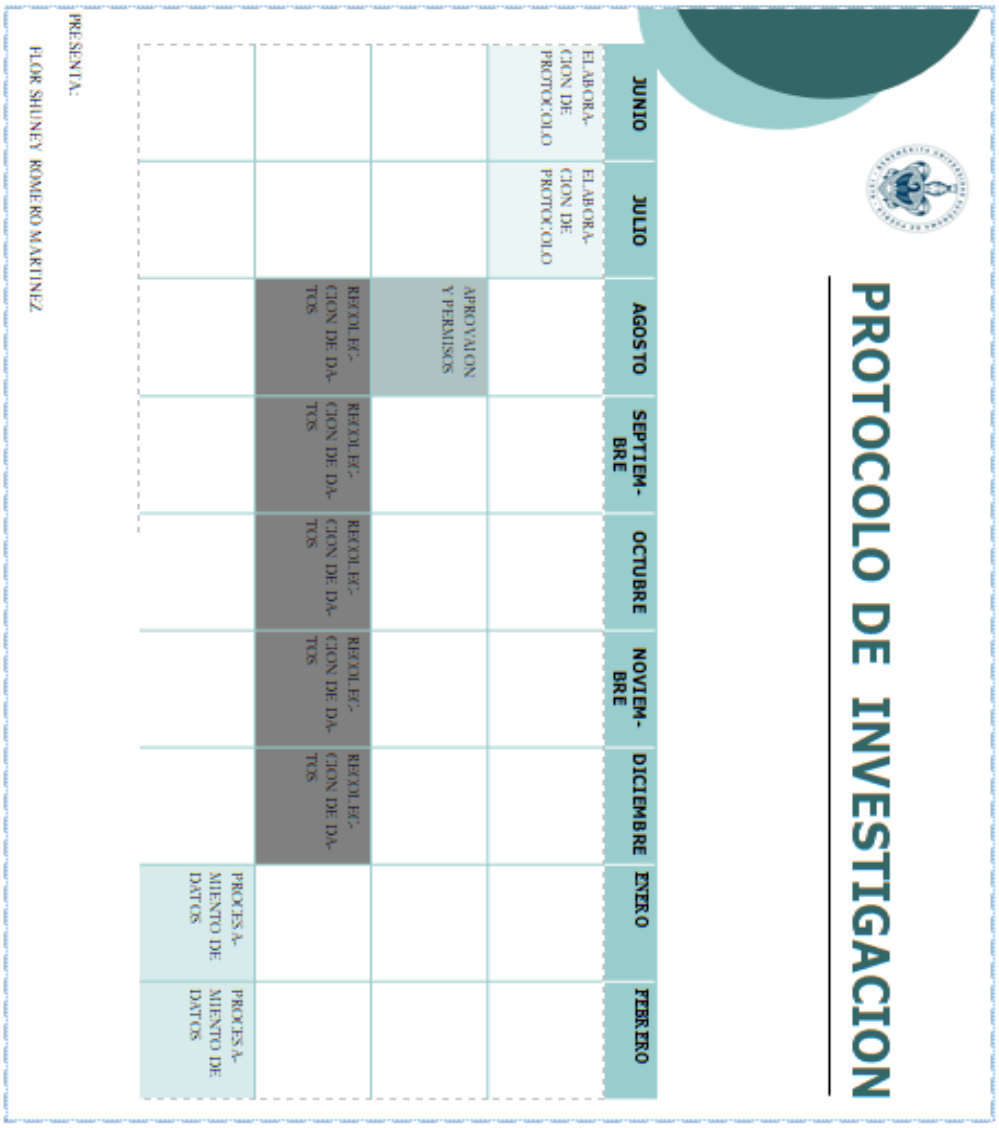
1. Danilla S, Diaz V, Iruretagoyena M, Fasce G, Pasten J. Mortality trends from burn injuries in Chile: 1954–1999. Burns. 2007;1(33):S61.
2. Salud Md. Guías Clínicas AUGE Gran Quemado. Chile2016.
3. Jeschke MG, Mlcak RP, Finnerty CC, Norbury WB, Gauglitz GG, Kulp GA, et al. Burn size determines the inflammatory and hypermetabolic response. Crit Care. 2007;11(4):R90.
4. Abu-Sittah GS, Sarhane KA, Dibo SA, Ibrahim A. Cardiovascular dysfunction in burns: review of the literature. Ann Burns Fire Disasters. 2012;25(1):26-37.
5. Chung KK, Stewart IJ, Gisler C, Simmons JW, Aden JK, Tilley MA, et al. The Acute Kidney Injury Network (AKIN) criteria applied in burns. J Burn Care Res. 2012;33(4):483-90.
6. Maybauer MO, Rehberg S, Traber DL, Herndon DN, Maybauer DM. [Pathophysiology of acute lung injury in severe burn and smoke inhalation injury]. Anaesthesist. 2009;58(8):805-12.
7. Magnotti LJ, Deitch EA. Burns, bacterial translocation, gut barrier function, and failure. J Burn Care Rehabil. 2005;26(5):383-91.
8. Thomas S, Barrow R, Herndon D. History of the treatment of burns in total care. Herndon ED; 2002.
9. Barbosa-García CY. Evaluación, abordaje y manejo inicial del paciente con quemaduras graves. Revista Mexicana de Anestesiología. 2009;32(S1):108-12.
10. Jeschke MG, Chinkes DL, Finnerty CC, Kulp G, Suman OE, Norbury WB, et al. Pathophysiologic response to severe burn injury. Ann Surg. 2008;248(3):387-401.
11. Wisely J, Wilson E, Duncan R, Tarrier N. Pre-existing psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors. Burns. 2010;36(2):183-91.
12. Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsa E. Mental disorders after burn injury: a prospective study. Burns. 2011;37(4):601-9.
13. Hansen SL, Voigt DW, Wiebelhaus P, Paul CN. Using skin replacement products to treat burns and wounds. Advances in skin wound care. 2001;14(1):37-46.
14. Zapata DM, Estrada A. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización, Medellín, Colombia. Biomédica. 2010;30(4):494-500.
15. Organization WH. International statistical classification of diseases and related health problems: instruction manual: World Health Organization; 2004.
16. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry 10th Edition. United States of America: Wolters Kluwer; 2017.
17. Sancho AMR, Pita BL. en la infancia y en la adolescencia.
18. Association. AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed2013.
19. Gutiérrez JB, Alvariño AB, Pérez ML, Pérez MR. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería global. 2008;7(1).
20. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KM, Macphee LM, Taylor LM. The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. Sleep Med Rev. 2006;10(4):215-45.
21. King DC, Abram KM, Romero EG, Washburn JJ, Welty LJ, Teplin LA. Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. Psychiatric services. 2011;62(12):1430-8.
22. Fantuzzo JW, Mohr WK. Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. The future of children. 1999:21-32.
23. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost DJMI-u, prediction. Epidemiology of psychological distress. Mental Illnesses-understanding, prediction

control. 2012:105-34.
24. Wright MOD, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. Child abuse neglect. 2009;33(1):59-68.
25. Martín Espinosa NM, Píriz-Campos RM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. Revista Rol de Enfermería. 2014;37(2):100-9.
26. sobre Calidad GdlO. ¿ Qué calidad de vida. Foro Mundial de la Salud. 1996;17(4).
27. Portilla P. Manejo del gran quemado" Hospital Pediátrico Tacubaya. Instituto de servicios de salud de la ciudad de México. 1998;1999.

28. Abad P, Acosta D, Martínez I, Lloret J, Patiño B, Gubert L, et al. Quemaduras en la infancia. Trascendencia social a las puertas del 2000. 2000;13(2):97-101.
29. Sharp R. Quemaduras en Aschcraft KW; Holder TM (eds) Cirugía Pediátrica. México, Interamericana, Mc Graw Hill.
30. Vega M, Contreras R, Agurto V. Mortalidad por lesiones en accidentes y violencias en menores de 20 años. Rev chil pediatr. 1990;61(5):277-80.
31. Dávalos Dávalos P, Dávila J, Meléndez S. Manejo de morbimortalidad del paciente pediátrico quemado en el hospital "Baca Ortiz" de Quito, Ecuador. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. 2007;33.
32. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Farina JA, Rossi LA. Assessment of health-related quality of life in the first year after burn. Escola Anna Nery. 2016;20(1):155-66.
33. Pallua N, Kunsebeck HW, Noah EM. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. Burns. 2003;29(2):143-52.
34. Sideli L, Prestifilippo A, Di Benedetto B, Farrauto R, Grassia R, Mule A, et al. Quality of life, body image, and psychiatric complications in patients with a burn trauma: preliminary study of the italian version of the burn specific health scale-brief. Ann Burns Fire Disasters. 2010;23(4):171-6.
35. Mozingo D. Burden of Burn: A Norm-Based Inquiry Into the Influence of Burn Size and Distress on Recovery of Physical and Psychosocial Function Fauerbach JA, Lezotte D, Hills RA, et al (Johns Hopkins Univ, Baltimore, Md; Univ of Colorado, Denver; Univ of Texas, Dallas; et al) J Burn Care Rehabil 26: 21–32, 2005. ear Book of Surgery. 2006;2006:59-.
36. Cebrero AKR, Pérez IR. Quemaduras: experiencias de vida. Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. 2010(68):17-38.
37. Miller T, Bhattacharya S, Zamula W, Lezotte D, Kowalske K, Herndon D, et al. Quality-of-life loss of people admitted to burn centers, United States. Qual Life Res. 2013;22(9):2293-305.
38. Oster C, Willebrand M, Ekselius L. Burn-specific health 2 years to 7 years after burn injury. J Trauma Acute Care Surg. 2013;74(4):1119-24; discussion 24.
39. Thombs BD, Notes LD, Lawrence JW, Magyar-Russell G, Bresnick MG, Fauerbach JA. From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. J Psychosom Res. 2008;64(2):205-12.
40. Hunter TA, Medved MI, Hiebert-Murphy D, Brockmeier J, Sareen J, Thakrar S, et al. “Put on your face to face the world”: Women's narratives of burn injury. Burns. 2013;39(8):1588-98.

ANEXOS

Cronograma del estudio

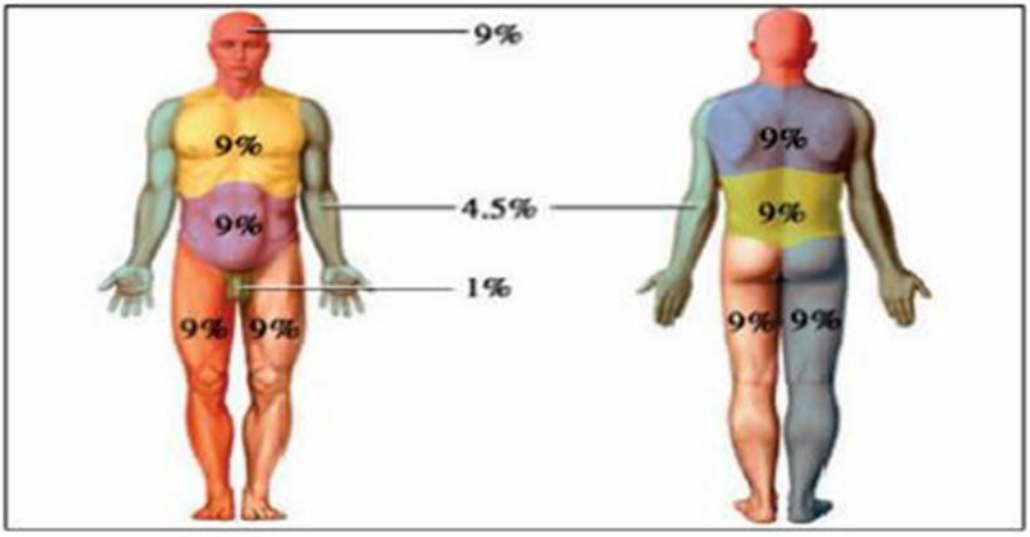


Anexo 2. Profundidad de las quemaduras, según distintas clasificaciones

Clasificación			Nivel histológico afectado	Aspecto	Pronóstico
Benaim	*Converse-Smith*	**ABA**			
Tipo A	**Primer grado**	**Epidérmica**	Epidermis	- Eritema doloroso - Edema	- Curación espontánea sin cicatriz
Tipo AB-A	**Segundo grado superficial**	**Dérmica superficial**	Epidermis y dermis papilar	- Piel rosada y dolorosa. - Flictenas	- Curación espontánea con cicatriz
Tipo AB-B	**Segundo grado profundo**	**Dérmica profunda**	Epidermis y dermis papilar y reticular sin afectar anejos profundos	- Piel pálida, +/- anestesiada (generalmente no tan dolorosas) - Disminución de la sensibilidad - Escara	- Curación lenta con cicatriz. Necesita injertos. - Escarotomías/fasciotomías en ocasiones. - Pérdida de pelo, secuelas estéticas y funcionales.
Tipo B	Tercer grado	Espesor total/subdérmica	Epidermis, dermis e hipodermis, con afectación de anejos, puede afectar al plano óseo	- Escara seca - Dermis seca, blanca o carbonizada, piel arrugada, insensibilidad - Ausencia de dolor	- Escarotomías y/o fasciotomías precoces - Requiere injertos o colgajos

Anexo 3. Regla de Wallace

Zona	Adulto	5 años	Lactante
Cabeza	9%	14%	18%
Tronco/espalda	18%/18%	18%/18%	18%/18%
Miembros superiores	9%/9%	9%/9%	9%/9%
Miembros inferiores	18%/18%	18%/18%	18%/18%
Periné	1%		



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número de Folio: _____

Puebla de Zaragoza a _____de_____del 2018

El presente estudio se realizará con fines academicos para la obtencion del Titulo del programa de postgrado de la especialidad de Psiquiatría, con el fin de otorgarle una atencion oportuna y servicio integral multidiciplinario al paciente gran quemado que ingrese a está Unidad Medica perteneciente a los servicios de Salud del Estado de Puebla, durante el periodo del 1 de Agosto 2018 al 1 de Febrero 2019, con el fin de identificar oportunamente la presencia de Trastornos Psiquiatricos secundarios al Inetermaniento, hospitalizacion, total de la superficie quedamada y días de estancia hospitalaria, como programa preventivo de Salud mental, con el objetivo de disminuir comorbilidades que entorpecen la adecuada respuesta al tratamiento y se ven relacionadas con una deficiente evolución clínica.

Por lo que el C. _____ responsable legal del Usuario _____ autoriza al Dr. (a) _____con Número de Cédula Profesional _____ la aplicación de la bateria diagnostica y clinemetrica necesaria para la identificacion de Trastornos Psiquiatricos, asi como el uso de datos personales con base a los lineamientos que establece la Ley, sin ningun fin lucrativo, así como el inicio del tratamiento Médico que requiera.

_____ _____

(Nombre del Responsable Legal ante la institucion) Testigo

_____

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Medico