





diseño|uc
Pontificia Universidad Católica de Chile
Escuela de Diseño

Mi Amigo Oso

DISEÑO DE SISTEMA NARRATIVO, PROTOTIPADO IN SITU Y PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN PARA LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL NUEVO EDIFICIO DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS, DE UNA ESTRUCTURA INMERSIVA DE INFORMACIÓN E INTERACCIONES DE EMPODERAMIENTO PARA L@S NIÑ@S QUEMADOS, SUS FAMILIAS Y EQUIPO MÉDICO, EN SU PROCESO DE REHABILITACIÓN

ALUMNO MARÍA JOAQUINA ARRIAGADA
PROFESOR GUÍA PABLO HERMANSEN

TESIS PRESENTADA A LA ESCUELA DE DISEÑO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE DISEÑADOR

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, por cualquier medio o procedimiento, sin para ello contar con la autorización previa, expresa y por escrito del autor.

*Todas las fotografías e ilustraciones al interior de esta Tesis son de autoría personal, a menos que se especifique lo contrario.
Todas las fotografías hechas a menores de edad fueron sacadas bajo la autorización y aprobación explícita de sus padres, y/o del personal del hospital a cargo.*

ÍNDICE

Introducción

HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS	8
HISTORIA	8
DISTRIBUCIÓN	10
ALCANCE	11
ETNOGRAFÍA	12

Investigación

INTRODUCCIÓN	13
PLANO GENERAL: PROCESO DE INVESTIGACIÓN	14
HERRAMIENTAS DE REGISTRO	18
METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN	22
OBSERVACIÓN NO PARTICIPATIVA	24
OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA	25
INFORMANTES CLAVE	28
ESTUDIO ETNOGRÁFICO	29

Paciente Gran Quemado

INTRODUCCIÓN	36
HERIDA DE QUEMADURA	37
CUIDADOS	43
FASES DE REHABILITACIÓN	44
PROCEDIMIENTOS	45
QUEMADURAS EN NIÑ@S	47

Unidad de Quemados

ESTRUCTURA	50
SALA COMO UN ECOSISTEMA	54
INTRODUCCIÓN	54
ACTORES HUMANOS	58
ACTORES NO HUMANOS	61
FLUJOS	62
PROCEDIMIENTOS	64
ESCENARIOS	66
NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA	68
SEÑALÉTICA	69
ESTRUCTURA	71

Oportunidad de Diseño

SÍNTESIS DE OBSERVACIONES CLAVE	80
OPORTUNIDAD DE DISEÑO	81
OPORTUNIDAD DE TESTEO	82

Desarrollo

FOCOS DE INTERVENCIÓN	84
DIRECTRICES DEL PROYECTO	85
DESARROLLO CONCEPTOS	86
INTRODUCCIÓN	86
COMPAÑER@ DEL NIÑ@	87
ENVOLVENTE NARRATIVO	100
ENTREGA INFORMACIÓN PARA PAPÁS	103
INFORMACIÓN PARA EL ALTA HOSPITALARIO	105
SÍNTESIS EVENTOS	106

Proyecto

FORMULACIÓN	108
ANTECEDENTE & REFERENTE	110
PLANO DEL SISTEMA	112
COMPONENTES DEL SISTEMA	114
FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE	114
PANEL DE CUIDADOS E INDICACIONES EN SALA	133
BUENA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO: FOLLETO DE CUIDADOS EN EL ALTA	136
VISUALIZACIÓN COMPLEMENTARIA FICHAS MÉDICAS	138
DENSIFICACIÓN DEL SISTEMA	139
DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA	140
FORMATOS DE ENTREGA	141

Proyección

ABSTRACT DEL PROYECTO	144
CANVAS BUSSINESS MODEL	145

Bibliografía

148



6



The word "Introducción" is written in a black, elegant cursive font. It is surrounded by several irregular, textured orange brushstrokes of varying sizes and orientations, creating a dynamic and artistic composition.

Introducción

Hospital EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

HISTORIA

Nombrado tras el Doctor Exequiel González Cortés, este Hospital Pediátrico se ubica en la comuna de San Miguel, en la zona Sur de la ciudad de Santiago de Chile.

Con una historia de más de 60 años, lleva los últimos 50 dedicado exclusivamente a la atención de niñas y niños (Hospital Exequiel González Cortés [HEGC], 2015)^[1], desde sus primeros días de vida hasta que alcanzan la mayoría de edad, al cumplir los 18 años. Existen algunas excepciones, de pacientes muy queridos por el personal (a veces porque llevan muchos años hospitalizados, y se ha generado un lazo emocional muy fuerte), a quienes les permiten quedarse un par de años más, antes de tener que ser trasladados a un hospital de atención para adultos.

Actualmente, el hospital cuenta con servicios de Urgencia las 24 horas, Laboratorios, salas habilitadas para casos de tratamiento de nivel Intermedio e Intensivo, y atención de muchas especialidades. (Servicio de Salud Metropolitano [SSMS], 2016)^[2]

Además, el año 2011 fue el primer hospital en lograr la Acreditación en Calidad y Seguridad del Paciente, y el primero en ser re-acreditado el año 2015. (HEGC, 2015)^[3]

“

El Hospital Dr. Exequiel González Cortés comienza sus funciones como organización pediátrica en el año 1962 (...) Antes de ser un Hospital Pediátrico, la estructura física estaba destinada para el primer hospital del Seguro Obrero que funcionaba desde 1952”

EXTRACTO SITIO WEB OFICIAL
HOSPITAL (HEGC.CL)

“

Sus especialidades son: Pediatría General, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Infectología, Genética, Gastroenterología, Inmunología, Broncopulmonar, Rehabilitación Integral de Alta Complejidad, Hematología, Hemodiálisis, Estrabismo, Oncología, Trauma – Ortopedia, Cirugía General, Cirugía Digestiva, Neurología, Salud Mental y Adolescencia, Nutrición, Ginecología, Plástica-Quemados, Fisurados, Columna, Cirugía Amígdalas, Cirugía Tórax - Vía Aérea y Urología.”

EXTRACTO SITIO WEB OFICIAL
SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR (SSMS.CL)



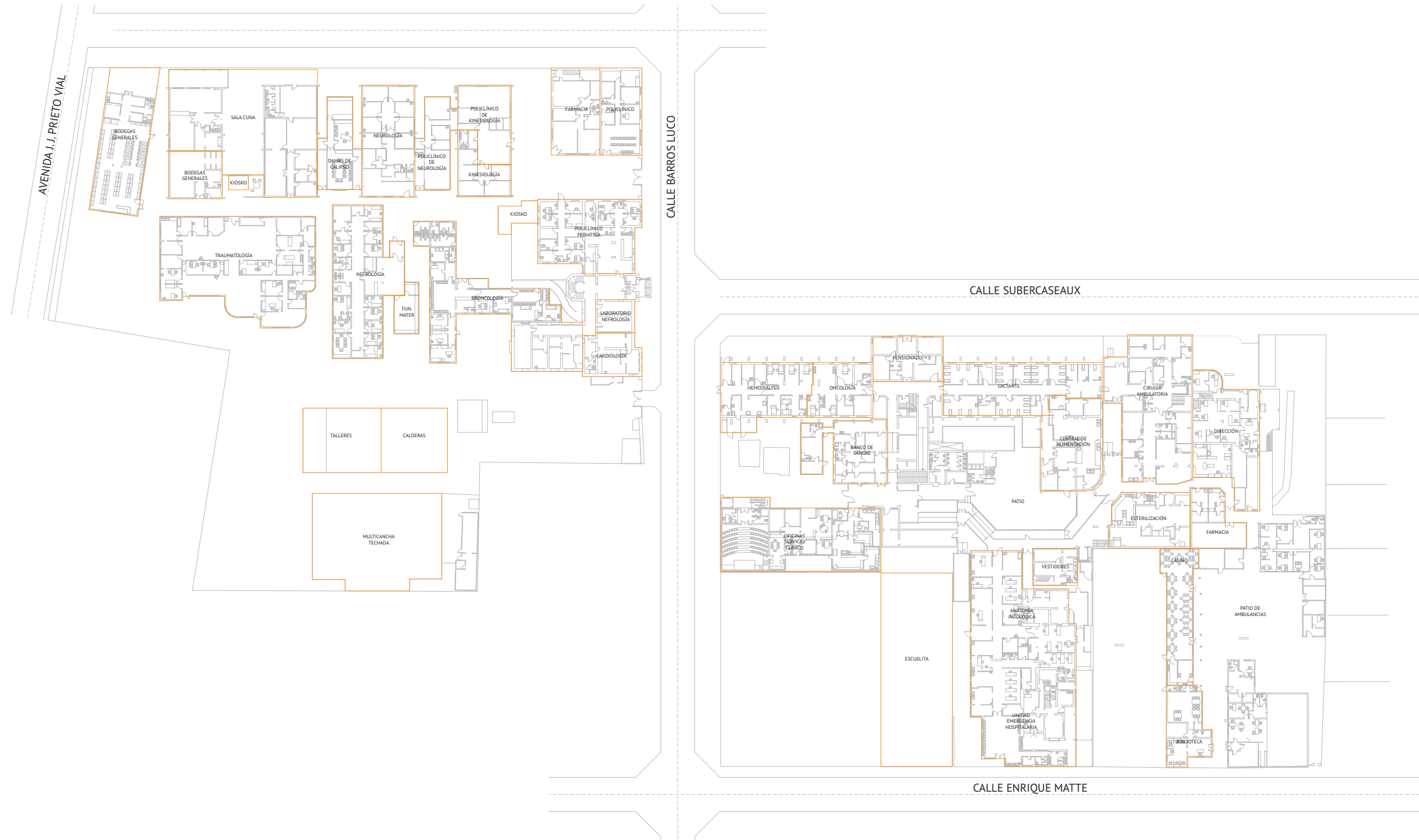
HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

DISTRIBUCIÓN

Ubicado en la comuna de San Miguel, el hospital está formado por diferentes edificios y casas antiguas, adquiridas y adaptadas con el tiempo para incorporarse a sus funciones. Por esta razón, su extensión abarca aproximadamente tres cuadras del barrio.

HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

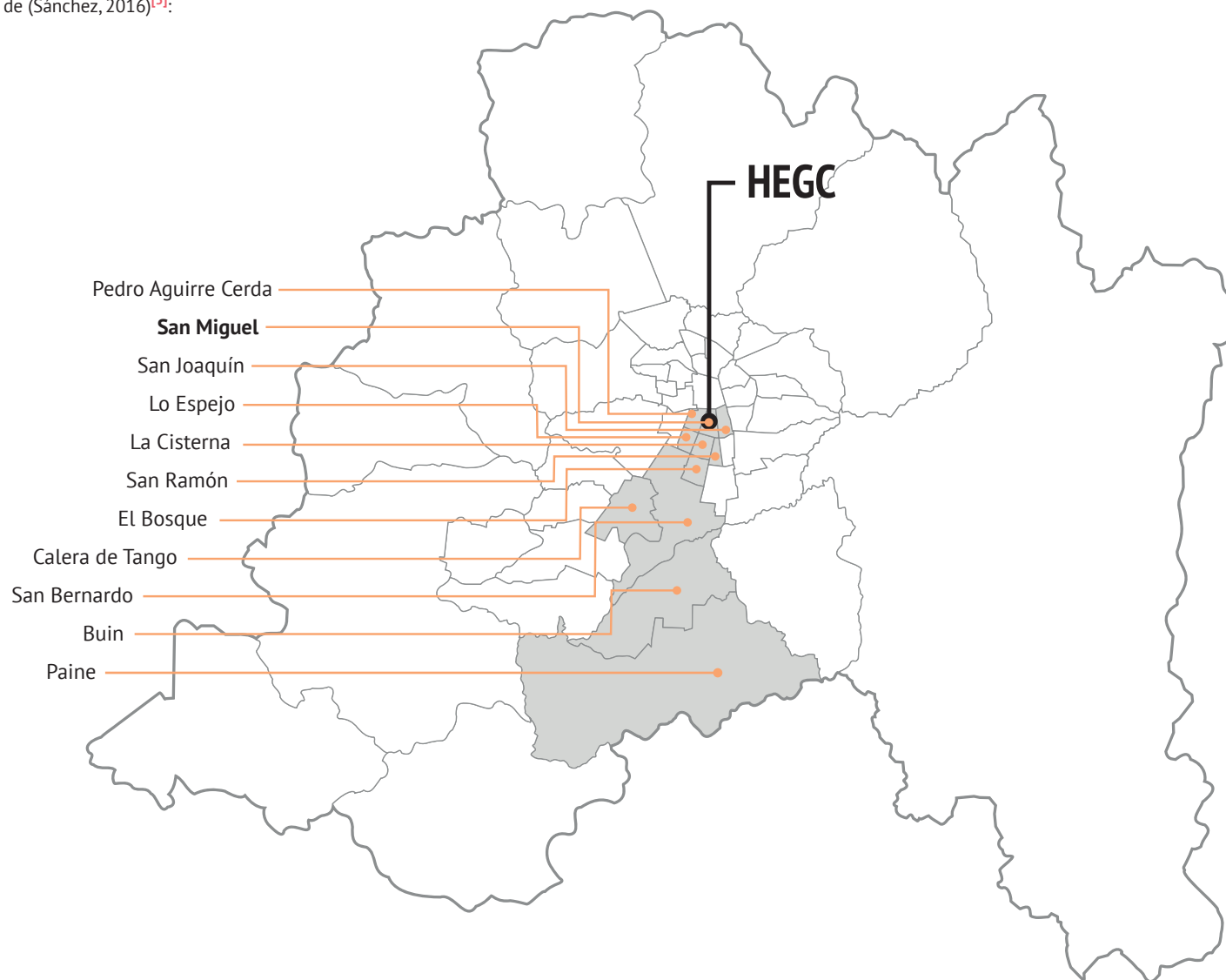
MAPA DE DISTRIBUCIÓN GENERAL



HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

ALCANCE

El Hospital Exequiel González Cortés es la base del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS, 2016)^[4], por lo que está a cargo de pacientes de las comunas de (Sánchez, 2016)^[5]:



HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

ETNOGRAFÍA

El hospital Exequiel es un establecimiento de gran extensión, que a primera vista no lo parece, ya que se encuentra “esparcido” y casi completamente camuflado entre las cuadras que rodean el edificio principal. Debido a que su estructura se integra completamente a la arquitectura del barrio, ya que gran parte de sus instalaciones corresponden a **casas antiguas** compradas y **adaptadas para las necesidades** del Hospital, sin alterar mayormente sus fachadas exteriores.

En la entrada, atraen la atención dos grandes carteles; uno sobre la entrada principal del edificio más grande (el cual corresponde a los policlínicos), y uno sobre una larga reja que marca el acceso al edificio de hospitalización. Mis primeros acercamientos correspondieron a estas dos zonas.

Dentro de las zonas de espera, descanso y patios del hospital se vive un ambiente de **confianza**, donde las mamás pueden dejar a sus niños correr con algo más de libertad que en las veredas de la calle, y saludar y conversar con otras mamás. Estos pequeños encuentros les permiten **actualizarse y aconsejarse** sobre diferentes tópicos, desde los cuidados de sus hijos, tratos con el personal médico, hasta problemas domésticos, etc.

Es posible observar una mezcla homogénea de recorridos de los diferentes profesionales y trabajadores del recinto; doctores, enfermeras, técnicos de enfermería, asistentes de cocina, personal de aseo y voluntarios, todos caminan y se saludan entre sí por los pasillos y accesos del hospital.



Vista desde patio interior de la zona de policlínicos.



Vista hacia la entrada de la zona de hospitalización.



Vista desde uno de los pasillos interiores del segundo piso del edificio de hospitalización.



Investigación

El proceso de investigación se extendió desde el 10 de Agosto hasta el 2 de Diciembre de 2016, concentrándose el trabajo de campo entre el día 11 de Agosto hasta el 30 de Noviembre de 2016.

El núcleo de esta investigación fue recorrer el hospital Exequiel a pie; ya sea de manera aleatoria o guiada por otra persona, el caminar por sus pasillos, salas y oficinas fue la principal fuente de información para el proyecto. Cada día fue un aprendizaje nuevo, tanto para conocer el Exequiel como para mejorar mis métodos de investigación. Con el tiempo aprendí que las herramientas, la compañía y, por sobretodo, el tipo de vestimenta con el cual visitaba el hospital eran fundamentales para los resultados que obtendría en mis observaciones, y en el nivel de cooperación de las personas.

HERRAMIENTAS DE REGISTRO



1 FOTOGRAFÍA



2 GRABACIÓN DE AUDIO



3 NOTAS DE CAMPO

1. FOTOGRAFÍA

Debido a que uno de los requisitos del hospital era no circular por su interior con mochila, ni con otros bultos, el smartphone y el pequeño cuaderno de notas de campo se convirtieron en valiosas herramientas.

Pero fue precisamente, la más completa de todas, la más compleja; **la captura de imágenes y video** se encuentra con muchos y variados obstáculos a la hora de registrar las inmediaciones del hospital.

Para realizar el registro con el celular, la toma de fotos debía esperar a que se formara un ambiente de confianza entre la familia y yo, para luego pedir permiso y, si lo obtenía, poder tomarla rápidamente. El objetivo de la toma de fotografías es recolectar datos interesantes durante las visitas al hospital, no incomodar a los pacientes y sus familias.

Cabe destacar, que por decisión personal **no se incluyeron muchas fotografías** de niños hospitalizados en este informe. Esta decisión se debe a que la situación y estado en que se encuentran los niños hospitalizados es de un nivel **profundamente delicado**, por esto se consideró necesario proceder con un trato gentil y cuidadoso durante el período de investigación, tanto con niñas y niños, como con sus cuidadores.



"13/09: Fui a conocer a Mater. Justo cuando fui estaban en una fiesta de cueca, volantines y juguitos. Habían hartos niños, todos pasándolo bien. (...) Me dicen que antes hacían entretenimientos a los niños hospitalizados, pero ya dejaron de ir porque dicen que los niños con la tecnología (tablets, celulares) ya no las pescaban."

Fragmento extraído desde Notas de Campo.

2. GRABACIÓN DE AUDIO

Otra gran herramienta de registro compatible con las características propias del contexto de estudio fue la grabación de audio por medio de un smartphone. Si bien siempre se contó con papel y lápiz a mano, la velocidad y naturaleza de una conversación natural dificultan este medio. La **gran versatilidad** que puede tener una charla corta con una mamá, hacen muy difícil llevar un registro **completo** de lo relatado, ya que es precisamente en los detalles y la información aparentemente irrelevante, donde se pueden encontrar las **claves para la detección** de una oportunidad de diseño. Y todo esto sin considerar las conversaciones largas, donde se pueden tocar temas tan diversos y profundos, siendo cada uno, una montaña de información.

Es por esto que la posibilidad de grabar las visitas de forma completa fue de gran ayuda; esto permitió que **no se escapara** ningún detalle, a la vez que ofrece un registro de los diferentes **ambientes acústicos** de las salas del hospital.

[VISITA CON
DAMAS DE CALIPSO 23/09 -
SALA QUEMADOS]

Yo: Uno dice que en un instante, un minuto que uno no ve y-
Dama: Sí, no porque no te das cuenta y quedó la mansa embarrá.
Mamá: Ahí me di cuenta que de instantes consta la vida, en un instante fue que cambió de la maravilla que tenía de vida, a un infierno.

[VISITA A
ENFERMERA ENCARGADA
14/10 - SALA QUEMADOS]

Natalia: (...) la guaguita de la camita 2, la cunita, ella ingresó ayer del Poli, entonces ella venía de su casa y fue a control al Poli, le vieron la curación y vieron que no andaba bien, así que la dejaron hospitalizada. Y no está tomando leche, no está comiendo... Así que es el cambio, se está recién adaptando.

3. NOTAS DE CAMPO

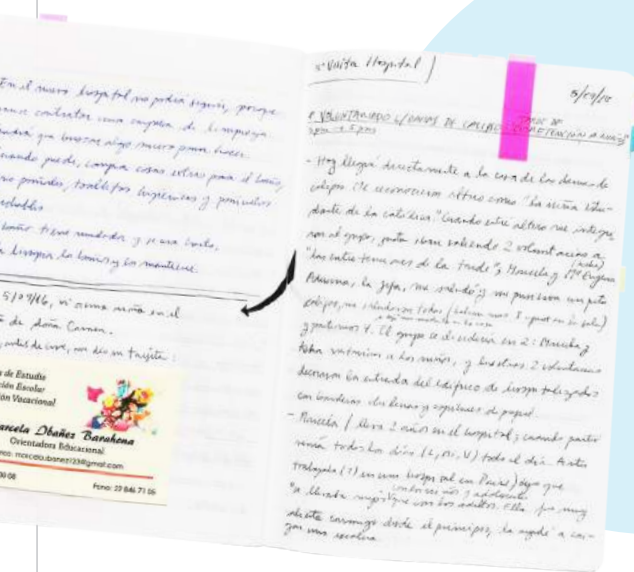
En conjunto a las herramientas de audio y fotografía, se realizó un registro a mano en un pequeño cuaderno, donde se incluyeron:

- Todas las notas de campo sobre **observaciones** y preguntas **hechas en terreno**.
- Todo **material gráfico** recogido o recibido en el hospital.
- Un **exhaustivo diario de cada visita**, donde se relata todo lo ocurrido y observado en detalle, escrito al finalizar el día.
- Las **fotografías que registraron** algún punto **de interés** en particular, acompañando las notas escritas.
- **Auto-reflexiones** sobre lo observado y sobre la búsqueda de una oportunidad de diseño.
- Toma de decisiones y **elección de puntos** de interés, en conjunto con profesor guía.

El registro detallado de los recorridos por el hospital y todo lo que fue pasando por mi mente durante éstos fue de gran ayuda para guiar la investigación hacia el caso de estudio, como para también corroborar datos olvidados, agrupar observaciones de interés bajo etiquetas temáticas, no dejar escapar detalles, etc.

HERRAMIENTAS DE REGISTRO

3. NOTAS DE CAMPO

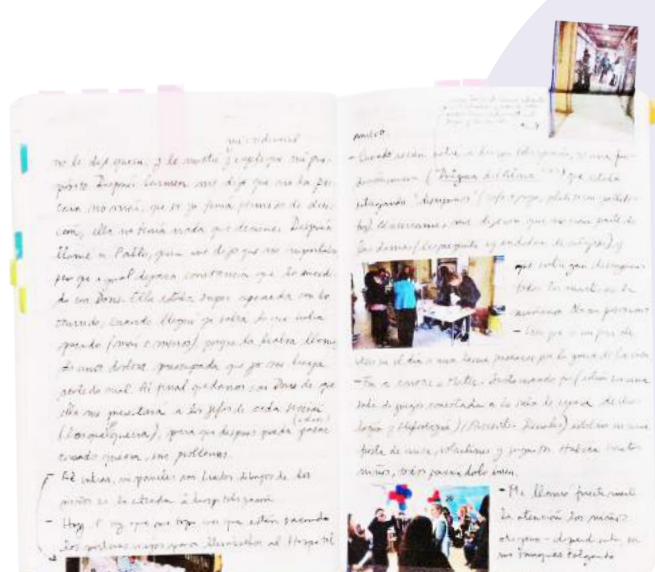
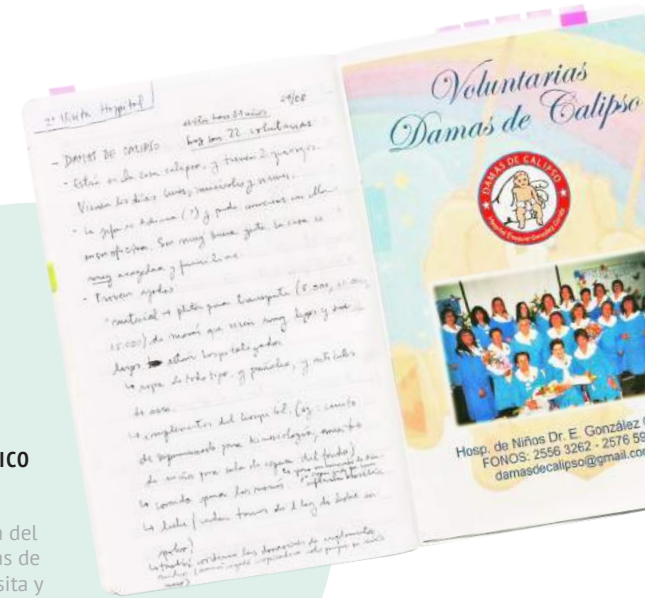


3.1 OBSERVACIONES Y REFLEXIONES EN TERRENO

05/09/16: 1º Visita al hospital junto a las Damas de Calipso, a las jornadas de visita a niños hospitalizados, en las tardes. Registro detallado de nuestro recorrido, de observaciones y algunos hitos que me llaman la atención dentro de las salas de Cirugía y Traumatología, Niños quemados y Segunda Infancia.

3.2 RECOLECCIÓN DE MATERIAL GRÁFICO

29/08/16: 1º Visita a la casa del voluntariado de las Damas de Calipso. Registro de mi visita y entrevista personal con la cabeza de la agrupación, Adriana. Me cuenta cuáles son las funciones y tareas que desempeñan las Damas dentro del Hospital, y los alcances materiales y emocionales de la ayuda que entregan.



3.3 REGISTRO COMPLEMENTARIO DE OBSERVACIÓN CON FOTOGRAFÍA

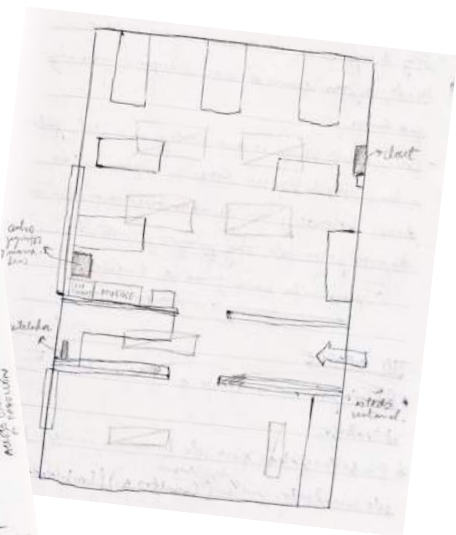
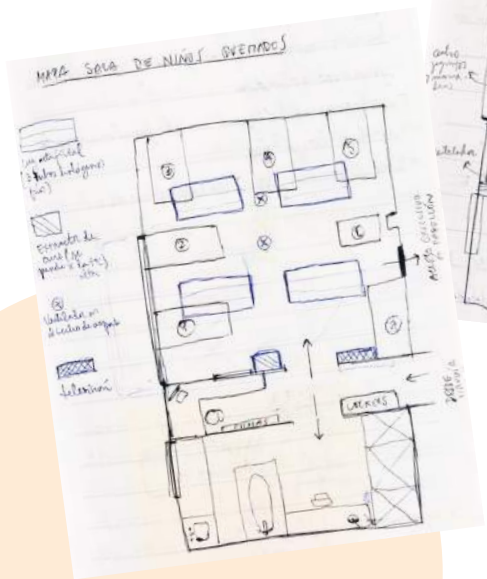
13/09/16: 1º Visita con credencial personal en mano. Registro detallado de mi recorrido por Segunda Infancia, Hospitalización, Policlínico de Urología y Nefrología, acompañado de un registro fotográfico de los hitos e interacciones que llamaron mi atención.

HERRAMIENTAS DE REGISTRO

3. NOTAS DE CAMPO

3.4 MAPAS

Finalmente, cabe agregar el uso de bosquejos rápidos de planos y mapas conceptuales en complemento a las notas de campo hechas en terreno. Esta herramienta permitió graficar de forma rápida la distribución del espacio y localización de implementos al interior de las salas, dando paso a la posibilidad de registrar además los alcances de factores como la regulación de temperatura, la iluminación de ambientes y emisión de sonidos. También proporciona una gran ayuda para visualizar procesos complejos, como son, por ejemplo, algunos procedimientos médicos.

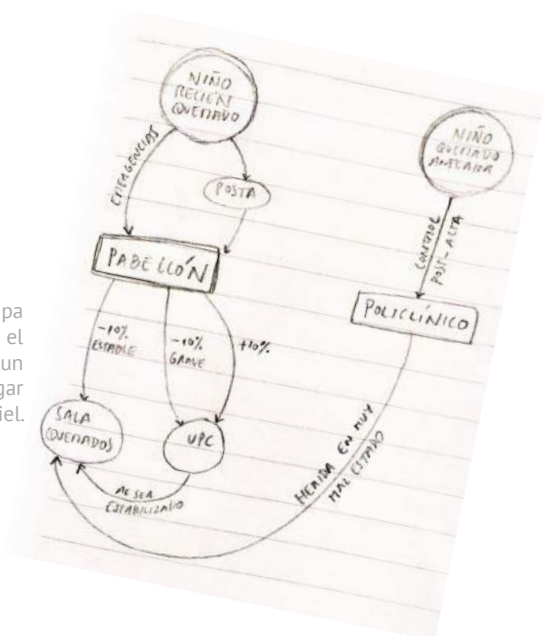


04/10/16+16/11/16: Mapas de la sala de niños quemados, graficando la distribución de muebles y otros elementos que influyen directamente en el ambiente de esta sala.



11/10/16: Reunión con Pablo Hermansen, estudio del caso de la Sala de Niños quemados, analizando las experiencias y observaciones obtenidas en las visitas a esa sala.

23/11/16: Mapa conceptual sobre el recorrido que hace un niño quemado al llegar al Hospital Exequiel.



METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN



Observación NO PARTICIPATIVA

Al comenzar la investigación, quise sumergirme de lleno en el contexto del hospital Exequiel, empezando inmediatamente con visitas largas, para familiarizarme con todos sus sonidos, vistas, paseos, conversaciones, texturas y personas.

Para esto, fue necesario visitar las instalaciones **sin ideas preconcebidas**, tal como habla Garay et al. (2002), al comenzar su propia investigación, también en un centro asistencial de Salud; "no partíamos de hipótesis preconcebidas que quisiéramos poner a prueba, sino que nuestro objetivo era el «**descubrimiento y desarrollo de teoría**»"^[6]. Por lo tanto, mis dos primeras jornadas de visita constaron en elegir diferentes espacios del hospital, y sentarme a observar en silencio todo lo que ocurría a mi alrededor, haciendo un registro rápido, ya sea con notas de campo, fotos y/o audio, para luego cambiar de lugar y hacer el mismo proceso. Asimismo, finalicé cada visita con un registro minucioso por escrito en mi cuaderno.

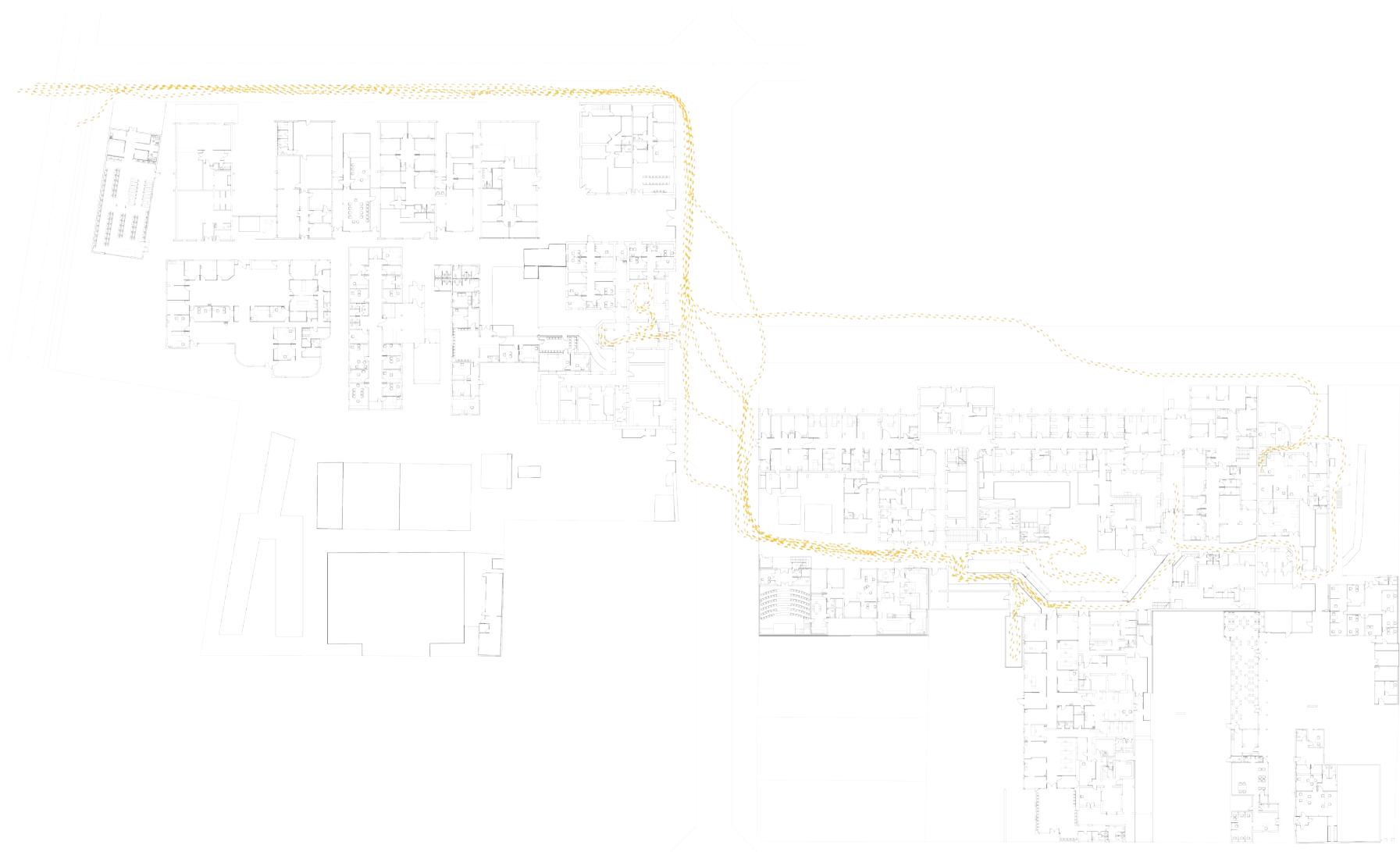
Mis observaciones fueron de diferentes niveles; uno general, dando cuenta del ambiente de cada zona visitada. Otro de estructura, buscando y mirando la forma de la infraestructura y distribución de los espacios, texturas de los materiales y el estado de deterioro de éstos. Además, de personas, preguntas, indicaciones y quejas de las visitas, enfermeras, doctores, auxiliares, voluntarios, guardias, vendedores ambulantes y pacientes que pasean por el hospital. Por último, una formulación de posibles rutas de recorridos y rutinas diarias de pacientes crónicos y personal del hospital, tales como los paseos matutinos de mamás para tomar algo de aire fresco, o la salida del carrito del reparto de las mamaderas de leche desde la cocina.

Estas observaciones me permitieron conocer cada día más el funcionamiento del organismo, a la vez que me acercaba paso a paso a mi área de interés personal para el proyecto.

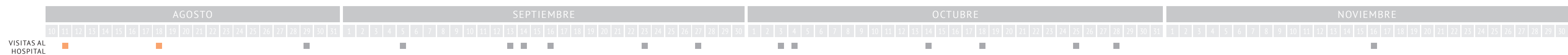
METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN



Observación
NO PARTICIPATIVA



- VISITA NO PARTICIPATIVA
- VISITA PARTICIPATIVA



Planta del primer piso de la distribución del Hospital Exequiel González, facilitado por Profesor Pablo Hermansen.



Observación PARTICIPATIVA

"Consiste esencialmente en la participación no encubierta (inmersión), y en ocasiones encubierta, del investigador (...) en el contexto que se pretende analizar. La realización de esta observación implica el registro minucioso de todos los sucesos y acontecimientos que se producen durante la observación, sin establecer a priori ninguna primacía, predominio o excepcionalidad de aquello que se observa. El registro queda materializado en el cuaderno o diario de campo. Esta técnica permite obtener descripciones de las personas y de sus interacciones, de los acontecimientos, pero también de las vivencias, de las experiencias y las sensaciones del propio investigador." (Garay et al., 2002)^[7]

INTRODUCCIÓN

Luego de mis primeras visitas, comencé a entrevistar a diferentes personas, comenzando por voluntariados. Si bien en un principio los recorridos fueron **"encubiertos"**, es decir, con ropa de "civil", después de unas semanas obtuve mi credencial personal de visitante, la cual certificaba que se me había otorgado un permiso, por parte del Hospital, para visitar todas las instalaciones libremente. Pero después de mi primera visita con credencial, y a raíz de un encuentro desafortunado con un miembro del personal, se me rogó **cambiar el protocolo de las visitas**; ahora debía pasar por la oficina de dirección en primer lugar, utilizar una bata blanca de investigación e ingresar al edificio por un pasillo de uso exclusivo personal del hospital.

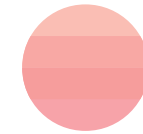
De **forma paralela** a este proceso de evolución del método de investigación como estudiante, desarrollé otra forma de recorrer el hospital; como acompañante y apoyo a un **voluntariado** en sus visitas a los niños hospitalizados.

En resumen, el proceso de conocer el hospital comenzó en un punto en común, para luego ramificarse en dos grandes ramas de identificación; como estudiante, y como voluntaria. Estas dos formas de visitar las salas del hospital ofrecieron puntos de vista y experiencias **totalmente diferentes**, que a la vez me permitieron observar el ecosistema desde planos completamente distintos. La recepción y respuesta de los niños, cuidadores, profesionales de la salud, auxiliares y guardias de seguridad se expresaban según en qué papel estaba.

OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA ROLES COMO VISITANTE



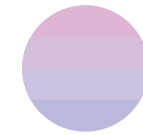
1 COMO CIVIL



2 COMO ESTUDIANTE DE DISEÑO UC



3 COMO VOLUNTARIA



4 COMO INSTRUCTORA Y APOYO
EN TALLERES MINGA

1. COMO CIVIL

Las primeras visitas al hospital fueron **sin utilizar** ninguna vestimenta en especial, ni tampoco algún tipo de identificación personal a la vista, solo acompañada de una mochila y/o algún otro bolso.

El objetivo principal fue pasar lo más **desapercibida** posible, durante mis recorridos de observación no participativa; buscaba poder observar mi entorno, dentro de los límites posibles, como un espectador completamente ajeno a él, y así presenciar el ecosistema desarrollarse **cotidianamente**.

Con el pasar de los días, surgió el objetivo secundario de no llamar demasiado la atención mientras aún no estaba lista mi **credencial personal**.

Una vez obtenida esta última, procedí a ingresar a las salas al interior del Hospital, para comenzar a participar del contexto de estudio. Desafortunadamente, fue al comenzar la primera visita cuando fui confrontada por un miembro del personal, quien no aceptó mi credencial. Como consecuencia, la oficina de Dirección decidió **cambiar** algunos requisitos, para que las visitas fueran más acorde al reglamento propio del hospital. Así, las próximas visitas no podrían ser con ropa de civil.

Después de este cambio, los lugares transitados en ropa de civil quedaron **restringidos** a las afueras del hospital, y las rutas al interior necesarias para llegar a donde me cambiaría de vestimenta.



Mochila Rosada
Fuente: http://cdn1.ebags.com/ris/image/im7/292467_8_1?resmode=4&op_usm=1,1,1&qlt=95,1&hei=1000&wid=1000

OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA

ROLES COMO VISITANTE

2. COMO ESTUDIANTE DE DISEÑO UC

A partir del desencuentro durante mi primera visita al interior del hospital, Dirección planteó un **nuevo código de vestimenta**, con la adición de algunas condiciones para volver a investigar. Al llegar al hospital, debía dirigirme en primer lugar a la oficina de Dirección, y dar aviso de qué salas quería recorrer. De esta forma, se notificaba a la enfermera a cargo sobre mi visita, y me presentaban como **estudiante en investigación** si era la primera vez que visitaba esa sala. Asimismo, debía dejar mis pertenencias en un casillero, y solo llevar conmigo un lápiz, mi cuaderno y smartphone, y también debía usar una **bata blanca de investigación**, junto a **mi credencial** a la vista en todo momento, y llevar el pelo tomado.

Cuando revisité las salas de hospital, pero dentro de un rol de estudiante en bata de investigación, la recepción de las personas cambió **drásticamente** a mi favor. A diferencia de las visitas en rol de civil, las enfermeras se presentaban dispuestas a preguntas, y las mamás y papás aceptaban mi presencia y no prestaban atención si entraba a alguna sala de hospitalización. Más aún, en un par de ocasiones, es posible asumir que mamás me interpretaron como un **miembro activo** del personal médico, constantemente observándome en espera de que me acercara a chequear el estado de salud de sus hijos.



Bata blanca
Fuente: https://sc02.alicdn.com/kf/UT8LwL_XRxXXXag0FbXy/Doctors-white-coat.jpg
Base Credencial (editado)
Fuente: <https://he.aliexpress.com/popular/badge-lanyard.html>

3. COMO VOLUNTARIA

De forma paralela al desarrollo del rol como investigadora estudiante de diseño, comencé a apoyar las visitas que las voluntarias del grupo llamado "**Damas de Calipso**" realizan las tardes de los días Lunes, Miércoles y Viernes, donde recorren el hospital para llevar **láminas, actividades y regalos** a los niños en cama, como un gesto de cariño.

La ruta general consta de recorrer tres zonas del edificio de hospitalización: se empieza por recorrer las salas con niños en cama de Cirugía y Traumatología, donde en medio pasamos a la sala de niños quemados, para luego seguir con el resto de esta zona, y finaliza en el recorrido de las habitaciones con niños de Segunda Infancia.

Para acompañarlas debía dirigirme primero a su sede al interior de una de las casas antiguas del barrio, dentro de la zona de los policlínicos. Aquí me prestaban un **peto color calipso**, sobre el cual colgaba de una correa **mi credencial personal**.

El cambio en la recepción de las personas que pertenecen al contexto del hospital era aún más **drástico** en comparación al rol de civil o de estudiante. Desde la salida de la sede hasta que terminaba el recorrido, miembros antiguos del personal médico y auxiliar reconocían a las Damas y nos saludaban **cariñosamente**. Esto también sucedía al ingreso vigilado por guardias, como durante las visitas a las habitaciones de los niños.

Dentro de este rol, el proceso de conocimiento e investigación se vio tremendamente beneficiado; además de estar muy dispuestos a conversar largamente, las mamás y papás de los niños se abrían emocionalmente y con gran confianza a nuestra visita. Casi siempre nos recibían con gusto, deseosos de contarnos su caso y ser escuchados. Ésto significó conocer una **faceta nueva** de las familias en el hospital, una más íntima, más sincera y que no ocultaba los sentimientos más dolorosos.

Si bien este rol presentó grandes beneficios para la investigación, probó con el tiempo ser un arma de doble filo; por un lado me permitió recibir información muy valiosa, y la gratitud de las familias, pero por otro, me llevó a experimentar de primera fuente parte del sufrimiento y angustia que viven día a día los padres en las salas de hospitalización. Esta fuerte carga emocional hizo cada vez más difícil las visitas, llegando a convertirse en un verdadero **freno para el desarrollo de la investigación** con el transcurso de las semanas.



Lápices de colores y dibujo (editado)
Fuente: <https://www.amazon.com/Crayola-Colored-Pencils-Pre-sharpened-Coloring/dp/B018HB2QFU>
Peto de trabajo (editado)
Fuente: <http://www.hucs.co.uk/cotton-tabard.html>

OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA

ROLES COMO VISITANTE

3.1 DAMAS DE CALIPSO

Voluntariado de mujeres exclusivo al Hospital Exequiel González, con una historia de más de 51 años. Actualmente está formado por 22 voluntarias. Funcionando a partir del financiamiento por parte de las propias integrantes, colaboración voluntaria de mamás y eventos para recaudar fondos, se dedican a proveer ayuda de diferente índole:

1 Material:

- Dinero para mamás que necesitan viajar grandes distancias, ya que vienen de comunas lejanas como San Fernando, Paine, etc.
- Ropa y artículos de aseo para todas las edades.
- Pañales y sábanas para bebés.
- Implementos para uso del hospital, como carros de carga o mesas infantiles.
- Desayuno para mamás y papás con niños internados.
- Venta de leche en polvo a costo de fábrica.
- Coordinación de donaciones entre padres de implementos como tanques de oxígeno, sillas de rueda, etc.

2 Emocional:

- Visitas y actividades a niños hospitalizados.
- Jornadas de actividades para niños en salas de espera de los policlínicos.
- Puertas abiertas a visitas de mamás apremiadas.



OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA

ROLES COMO VISITANTE

4. COMO INSTRUCTORA Y APOYO EN TALLERES MINGA

Casi por la mitad del período de investigación, se me ofreció la oportunidad de conocer y participar de un proyecto realizado por compañeras de escuela, en conjunto con los niños que asisten a la Escuelita del hospital "Corpameg", de medio menor y medio mayor.

Este taller, distribuido en sesiones semanales los días martes en la mañana, tuvo por objetivo planificar y crear murales para el nuevo edificio del hospital, que representaran las perspectivas e historias de los propios niños durante su experiencia en éste. Llegué al taller con la idea de tomar un papel exclusivamente de observador, sin intervenir en las actividades. Pero de pronto me vi involucrada por los niños y mis compañeras, colaborando con el dibujo y pintura de los diseños hechos por los niños en el mural. Las actividades me sorprendieron gratamente, reencontrándome con el goce de compartir con niños, el cual había casi perdido por la fuerte carga emocional de las primeras visitas al hospital. La participación en este taller fue un hito importante en el desarrollo de la investigación dentro del hospital, ya que me permitió conocer y compartir con niños pertenecientes a este contexto, pero de una nueva forma; las amistades que formamos me alentaron a retomar las visitas a niños que están internados, recordándome el increíble espíritu de juego y asombro que no pierden nunca, aunque a veces pueda verse algo ausente al entrar a sus habitaciones.



Niña del curso medio menor trabajando en el diseño del mural.



Primer borrador del diseño del mural del curso medio mayor.



Niños del curso medio mayor en la última clase.

INFORMANTES CLAVE

**ADMINISTRACIÓN
HOSPITAL EXEQUIEL**



MA. ANGÉLICA DÍAZ
Voluntaria

Compañera en casi todas las visitas a los niños hospitalizados, apoyo emocional frente al impacto y consecuencias sentimentales de las visitas.

**VOLUNTARIADO DAMAS
DE CALIPSO**



DORIS SOTO
Secretaría General

Encargada de todos mis permisos para poder entrar al hospital, y apoyo en los problemas durante las visitas.



MARCELA IBAÑEZ
Voluntaria

Compañera en todas las visitas a los niños hospitalizados, motivación para desempeñarme bien durante el voluntariado, y fuerza frente a las consecuencias negativas.

MA. JOAQUINA ARRIAGADA
Estudiante Diseño UC



ADRIANA MANZANET
Voluntaria

Recepción e integración completa a las actividades del voluntariado, apoyo emocional en todo el proceso de investigación.

Ayuda imprescindible para el desarrollo de la investigación al interior de la sala de quemados, dispuesta a responder todas mis preguntas detalladamente.



NATALIA RODRÍGUEZ
Enfermera Jefe



CARMEN GLORIA
Técnico Enfermería



PAOLA NUÑEZ
Técnico Enfermería



XIMENA RAMÍREZ
Técnico Enfermería

Gran apoyo durante Taller de Título, siempre dispuesta a ayudar. Acogiendo el proyecto con entusiasmo, fue parte esencial para los testeos en sala.



SILVIA ACOSTA
Enfermera

Gran apoyo emocional, siempre dispuesta a escuchar los descubrimientos y contratiempos en mis recorridos en el Hospital, para luego darme los mejores consejos y datos.



CARMEN GÓMEZ
Encargada Aseo

BAÑOS PÚBLICOS

UNIDAD DE QUEMADOS



ZOLIA FLORES
Técnico Enfermería

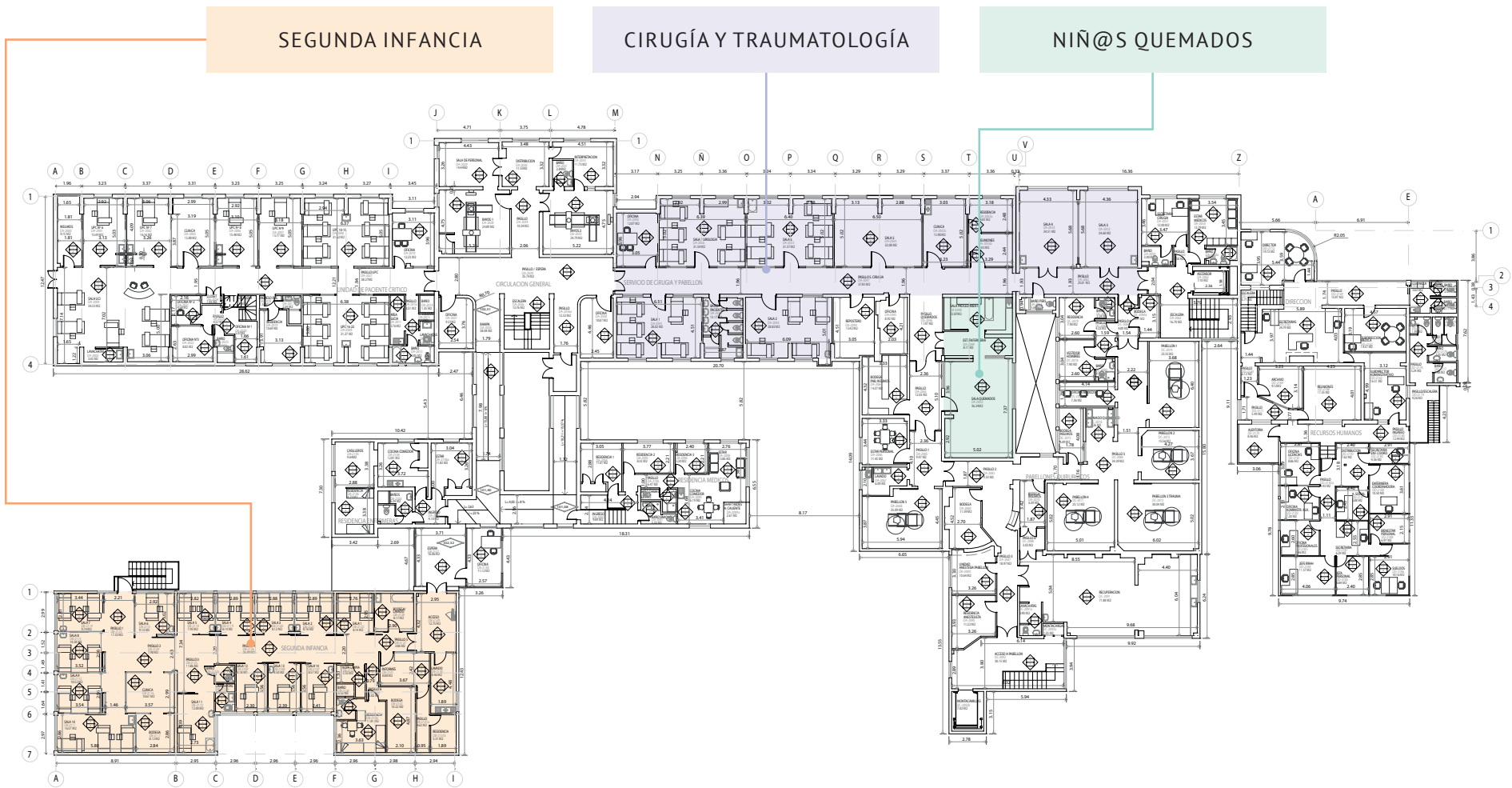
Foto de Adriana Manzanet: <http://hospitalabierto.tumblr.com/image/34229099646>

Estudio Etnográfico

HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

INTRODUCCIÓN

El levantamiento de información al interior del Exequiel se basó en el estudio del segundo piso del edificio de niños hospitalizados. Éste se enfocó en el estudio etnográfico de tres zonas:



ESTUDIO ETNOGRÁFICO

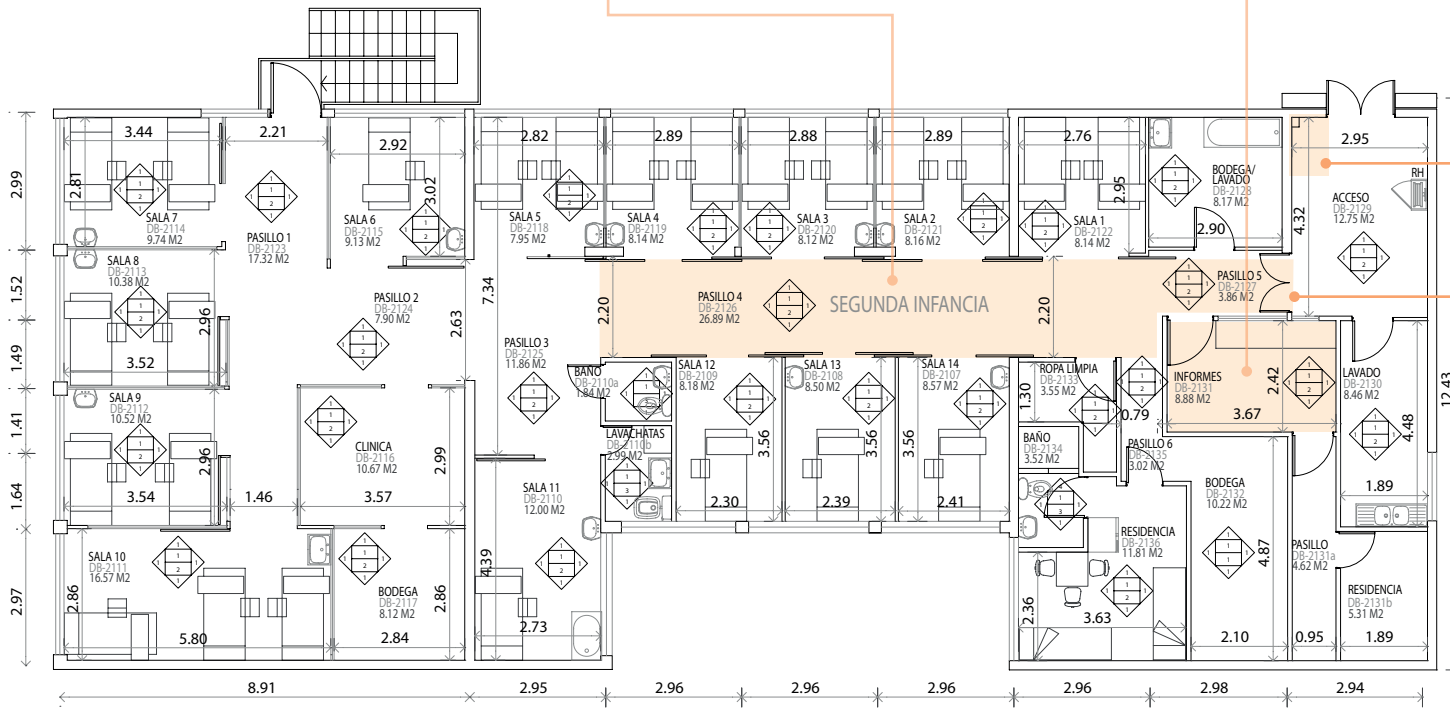
1. SALAS DE SEGUNDA INFANCIA

Estas salas corresponden más bien a una **zona** del hospital, donde llegan los casos de niños con enfermedades contagiosas. Según lo que me comentan las Damas de Calipso, el nombre de *Segunda Infancia* se debe al deseo de nombrar la sala de una forma que no suene tan intimidante como lo es *Enfermedades Contagiosas*.

Esta área comienza con un **gran pasillo**, conectado en el inicio a una **sala de monitoreo del personal médico**, donde pasean constantemente tanto doctores como enfermeras y técnicos de enfermería. El pasillo recorre las diferentes salas de hospitalizados, la mayoría de las cuales tienen solamente dos camas, junto a otros elementos, como televisión, sillas, montones de ropa y otras cosas pertenecientes a la familia del niño. Hay algunas salas que tienen solamente una cama, y una al final del pasillo que posee tres.

Dentro de las salas están los niños recostados, constantemente acompañados por dos familiares, ya sean padres, hermanos, abuelos, etc. Algunos se entretienen con computadores, tablets o celulares, o también ven la televisión.

Por los pasillos existe un flujo constante de personal médico; los doctores visitan a sus pacientes y se ponen al día con las enfermeras de sus actividades, por su parte, las enfermeras y técnicos pasean con papeleo y coordinan los horarios de comidas, tratamientos y discuten los diferentes casos.



Vista del pasillo central, que conecta todas las salas.

ESTUDIO ETNOGRÁFICO

2. CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA

Esta zona recibe, a grandes rasgos, a todos los niños en proceso de **hospitalización de pre y post cirugía**. Se pueden ver casos de naturaleza muy diferentes, desde Apendicitis hasta Cirugía plástica, entre muchos otros.

Las salas tienen entre cinco y seis camas cada una, y el número de niños presentes cambia constantemente, debido a los diferentes plazos de estadía que necesita cada paciente.

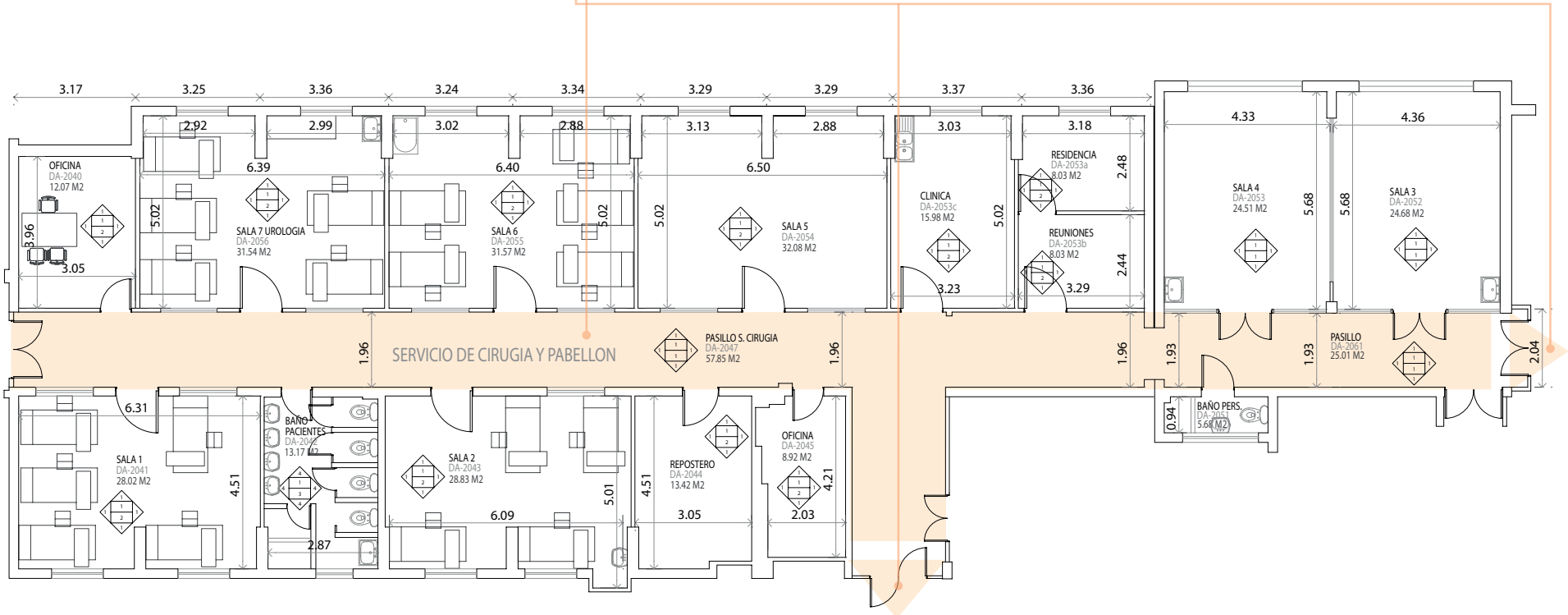
La entrada es por un **largo pasillo central que conecta con todas las salas de niños y de monitoreo de personal**, la sala de niños quemados, y los pasillos que **se dirigen a los pabellones de cirugía**.

Existe un **tránsito constante de técnicos de enfermería**, con alguna visita ocasional de doctores, quienes se actualizan de los sucesos del día con las enfermeras.

El pasillo central sirve además como circuito de caminatas y juegos de niños, paseos nerviosos de padres y carros de reparto de comida, mamaderas, suplementos de aseo y remedios.

Para recorrer el interior, es necesario lavarse las manos en la primera sala visitada; es necesario volver a lavárselas al ingreso de la sala de los niños quemados.

Los niños se encuentran acompañados por familiares en casi todo momento, y sobre sus camas pueden leerse sus nombres y casos, además de letreos con indicaciones especiales tales como: "Alergia al látex", "En régimen por ecografía", "Alergia al kiwi", entre otros. Entre los padres se vive un **ambiente de fraternidad y empatía**, donde los padres "antiguos" aconsejan a los padres recién llegados y los tranquilizan.



ESTUDIO ETNOGRÁFICO

3. UNIDAD DE QUEMADOS

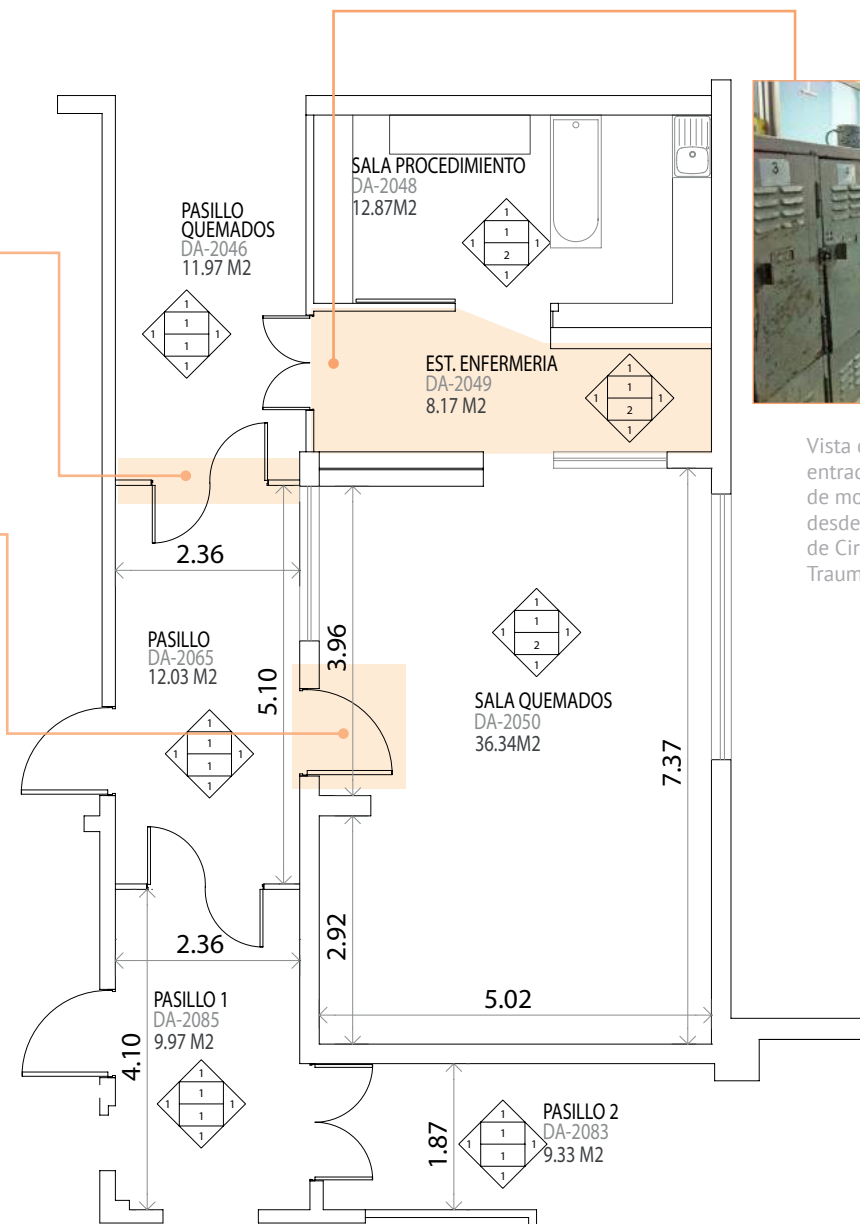
Esta sala recibe solamente casos de **quemaduras**, las cuales varían de tipo, origen, extensión y gravedad. Debido a esta variedad, la cantidad de niños también cambia durante la semana, pero con una menor frecuencia que los niños hospitalizados en Cirugía.

La entrada es a través de una rama del pasillo central de esta última, la cual también se conecta con **uno de los accesos a los pabellones** de cirugía; **esta puerta está siempre cerrada** y para entrar es necesario pedir autorización especial llamando por un citófono.

Para entrar a la sala de quemados en necesario ingresar **a través** de la sala de monitoreo de enfermería, donde siempre está presente un miembro del personal médico. Luego, se debe dejar cualquier bulto afuera y lavarse las manos.

El ambiente en quemados es diferente a las salas de Cirugía, al entrar se percibe inmediatamente un aire más solemne y triste. Los papás también se comportan de otra manera, de forma más angustiada y sin querer alejarse de sus hijos.

Cabe agregar que la sala de hospitalizados cuenta **con un acceso** privado a la zona de pabellones, puerta se encuentra entre camas y no se utiliza muy a menudo.



Vista desde la entrada a sala de monitoreo, desde el pasillo de Cirugía y Traumatología

ESTUDIO ETNOGRÁFICO

3. UNIDAD DE QUEMADOS

INTERÉS DE ESTUDIO

La sala de niños quemados demostró ser, desde la primera visita, un caso de estudio muy interesante. El ambiente de esta sala, que a pesar de que forma parte de otra zona más grande (Cirugía), conforma un verdadero **mundo propio**.

Las primeras conversaciones que tuve con mamás y papás de esta sala, fueron impactantes. Me confesaron sus penas, su angustia y **gran culpa que sienten por el accidente** de su hijo; casi todos los padres que he conocido en quemados se sienten responsables por haber puesto a su hijo en hospitalización.

Además, me llamó fuertemente la atención la **sala de procedimientos**, y el saber cómo se llevaban a cabo las curaciones, proceso esencial en la rehabilitación de un niño quemado.

Después de evaluar las zonas que investigué del segundo piso de hospitalización, decidí finalmente elegir la Unidad de quemados como el caso de estudio.

VISITA CON DAMAS DE CALIPSO - SALA QUEMADOS

Yo: Uno dice que en un instante, un minuto que uno no ve y-

Dama de Calipso: Sí, no porque no te das cuenta y quedó la mansa embarrá.

Mamá: Ahí me di cuenta que de instantes consta la vida, en un instante fue que cambió de la maravilla que tenía de vida, a un infierno.



Grabación de Audio

23 de Septiembre 2016

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL CASO

- ✓ Sala con un grupo de niñ@s acotado
- ✓ Procedimientos de rehabilitación similares en la mayoría de los casos
- ✓ Personal médico encargado abierto a preguntas



PRO

Caso que despierta un gran interés personal



CONTRA

Experiencia con profunda carga emocional negativa



Ma. Angélica Díaz
Voluntaria

“Es complicado el tema de quemados... Imagínate, yo de los 34 años que llevo acá, nunca me a gustado entrar a esa sala. Una vez tuve que ayudar a un doctor en las curaciones de un niño, a afirmarlo mientras el pobrecito lloraba de dolor. Yo no quería, pero él me miró a la cara y me dijo: “Ésto hay que hacerlo, por el bien del niño, o sino después va a ser peor”. Ahora estos dos últimos años me he estado atreviendo más, pero porque la Marcela me ha motivado a venir para acá”

“Yo cuando entré recién acá, en Quemados no pude entrar. Y siempre me ha impactado. Porque me quedé “así” (chocada), me retiré y me costó varias veces entrar definitivo a Quemados. Una por el olor, y otra por el hecho de ver a los niños.”



Martita Blanco
Voluntaria



A cluster of seven orange brushstrokes of varying sizes and orientations, arranged in a loose circular pattern around the text.

Paciente Gran Quemado

INTRODUCCIÓN

EN PRIMER LUGAR, ¿QUÉ ES UNA QUEMADURA?

“La quemadura es la lesión de los tejidos vivos, resultante de la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos que puede originar alteraciones locales o sistémicas, reversibles o no dependiendo de varios factores.” (Sciaraiffa, Andrades, & Wisnia, 2014)^[8]

Para comenzar mi estudio sobre el mundo de la unidad de quemados, consideré necesario investigar en detalle las características propias que determinan al paciente quemado.

En este capítulo, revisaremos la definición y conceptos que se relacionan al paciente que ha sufrido una quemadura, en conjunto a la *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado*, el cual pertenece al conjunto de Guías Clínicas AUGE, del Ministerio de Salud de Chile, ya que este manual plantea las bases del manejo de estos casos en todos los hospitales de Chile, y también demuestra ser una excelente fuente de información, ya que está elaborada y revisada por profesionales de la salud chilenos, desde la perspectiva y realidad de los centros de salud en Chile. En relación a este tipo de paciente, he acotado cuatro grandes conceptos que rodean su condición de quemado, acompañado de una visión más práctica y dirigida hacia un paciente pediátrico, y observaciones y entrevistas realizadas al interior del hospital Exequiel.

Estos cuatro conceptos se refieren a: la herida de quemadura propiamente tal, los cuidados del paciente necesarios desde su ingreso al centro médico, las fases que se han definido en el manual desde el momento de la quemadura hasta su completa rehabilitación, los diferentes procedimientos que deben ser realizados y/o puede necesitar un paciente gran quemado, y por último, una mirada hacia las quemaduras en niños.

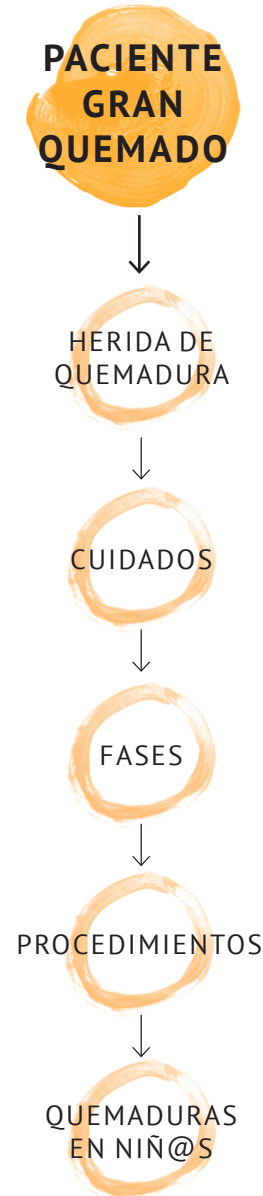
¿QUÉ ES UN PACIENTE “GRAN QUEMADO”?

Así se denomina a los casos de pacientes que padecen una lesión por quemadura de gravedad, y por la que deben ser trasladados de urgencia a algún centro asistencial de salud.

Según el manual, las quemaduras se definen como “lesiones producidas 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 provocan alteraciones que van desde un simple **eritema** transitorio hasta la destrucción total de las estructuras.” (Ministerio de Salud [MINSAL], 2016)^[9] Definición muy similar a la de Sciaraiffa, Andrades y Wisnia.

ERITEMA

“(Dermatología) Término general empleado para designar un enrojecimiento de la piel, limitado o extenso, permanente o pasajero, debido a fenómenos vasculares.”^[10]



1. HERIDA DE QUEMADURA

1.1 TIPOS DE QUEMADURA

En primer lugar, es necesario definir que una quemadura puede ser producida por diferentes causas, cada una con sus propias consecuencias particulares:

1 Fuego: La profundidad de esta quemadura difiere de qué tipo de combustibles generaron el fuego. “Si hay presencia de acelerantes como parafina o gasolina, (...) la temperatura puede elevarse por sobre los 1000°C.” (MINSAL, 2016)^[11] Este tipo de quemadura es bastante común en el Exequiel, generalmente por accidentes generados cuando un niño juega con fósforos sin que nadie lo viera.

2 Líquidos Calientes: Es la causa más común de casos de quemadura en el Hospital Exequiel. Por lo general, se debe al volcamiento accidental de agua hirviendo sobre el niño, cuando uno de los padres dejó el hervidor funcionando sin supervisión. También he visto casos de caída de aceite, variando desde aceite tibio (el cual quema fuertemente la delicada piel de un niño pequeño), hasta aceite a altas temperaturas para freir churros.

3 Objetos Calientes: Las quemaduras que involucran objetos calientes, “se equiparan a líquidos calientes como principal agente causal (en niños en Chile)”. (MINSAL, 2016)^[13] Este tipo de quemaduras también es bastante común, pero debido a que esta categoría abarca muchos tipos de objetos. Pero la realidad muestra otra cosa; debido a la gran variedad de objetos que agarran los niños pequeños cuando comienzan a explorar el mundo, los tipos de quemaduras pueden tener grandes diferencias en profundidad y gravedad, a pesar de considerarse en una misma categoría.

4 Choque Eléctrico: “Se clasifican en lesiones por alto voltaje (>1000 volts) y bajo voltaje (<1000 volts). El daño a los tejidos se produce por el paso de corriente a través del organismo, por arco voltaico, o por fogonazo (lesión térmica)”. (MINSAL, 2016)^[14] Siendo uno de los tipos de quemaduras menos comunes en la sala de quemados, es al mismo tiempo, una de las más complejas y de mayor cuidado. Los niños con este tipo de quemaduras, requieren una mayor frecuencia de reevaluaciones, las cuales se llevan a cabo en pabellón (lo que significa un mayor número de intervenciones quirúrgicas), y un tiempo más extendido de hospitalización y rehabilitación al interior del hospital. Esto se debe a que “las quemaduras eléctricas son difíciles de evaluar clínicamente, ya que puede haber un severo daño muscular y de los tejidos alrededor de los huesos, y sin embargo la piel estar sana inicialmente”. (MINSAL, 2016)^[15]

5 Química: Este tipo de quemadura no se ve muy

AGUA V/S FUEGO

“...es diferente quemarse con líquido caliente que con fuego; mientras el agua caliente puede alcanzar los 100°C, la llama puede superar los 400°C. Por esta razón, la escaldadura produce predominantemente lesiones de espesor parcial y el fuego causa lesiones de espesor total.”^[12]

“La de corriente... es la más peligrosa. (...) La niña de la (cama) 7, estuvo al borde de la muerte. Creo que andaba a patita pelada en la casa, y creo que al abrir el refri, la botó la corriente, así, la dejó como muerta. Y yapo, la mamá ve a la niña que está botada, y que estaba así blanca con los labios morados, y de ojos blancos. Y creo que la movía así para despertarla y todo, y no reaccionaba. Ella pensó que esta niña se murió y al rato, como nose cuánto tiempo pasaría, “HIIIGH” creo que respiró así, y dijo: “MAMA”: Y noo, estuvo grave en la UCI, todo. Le entró la corriente por los dedos aquí, y le salió por el otro pie. Lleva nose cuanto hospitalizada, y todavía está.”

29/03/17

Ximena Ramírez
Técnico Enfermería



seguido en la unidad. Las sustancias que pueden causar estas quemaduras pueden ser muy diferentes, por lo que su profundidad “depende del agente, su concentración, volumen y duración del contacto. (Al momento de la quemadura) La lesión continúa hasta que el agente es retirado por completo de los tejidos, pudiendo incluso producir toxicidad sistémica.” (MINSAL, 2016)^[16]

6 Por Frío (Congelamiento): Esta también es un tipo de quemadura no muy frecuente entre los niños de la unidad. Estas quemaduras se producen “por gases y líquidos a muy bajas temperaturas, o bien por congelamiento tras una exposición a temperaturas ambientales bajas durante un tiempo prolongado.” (Tapia, 2008)^[17] Si la piel se ha congelado, se puede recuperar en un 100% en rehabilitación, pero si también se han dañado los vasos sanguíneos, hay un alto riesgo de gangrena y es necesaria la amputación de la zona afectada. (Tapia, 2008)^[18]

1. HERIDA DE QUEMADURA

1.2 DIAGNÓSTICO

INTRODUCCIÓN

En el momento en que una persona ingresa a un centro médico por quemaduras, es necesario realizar un diagnóstico inicial, para poder comenzar inmediatamente con el tratamiento correspondiente.

En el caso de quemaduras, se necesita una constante reevaluación, ya que sus características pueden cambiar constantemente durante el proceso de rehabilitación.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO

Durante el diagnóstico de una quemadura se toman en consideración varios factores, como las características del paciente y las condiciones que rodearon y conformaron la quemadura. Entre éstos, destacan la medición de la extensión y la profundidad, las cuales poseen diferentes métodos de diagnóstico. Según el Manual del gran quemado, “se deben considerar:

- La extensión de las quemaduras
- La profundidad de las quemaduras
- La localización de las quemaduras
- La edad y sexo del paciente
- Peso y estado nutricional del paciente
- Las comorbilidades del paciente
- El estado de conciencia del paciente
- El agente causal, mecanismo y tiempo de acción
- El escenario en que ocurre la quemadura
- Las lesiones concomitantes
- El tiempo de evolución de la quemadura” (MINSAL, 2016)

[19]

MEDICIÓN EXTENSIÓN DE LA HERIDA

Debido a la “presencia de eritema en las primeras horas desde la quemadura, se puede generar una sobreestimación de la extensión de las quemaduras” (MINSAL, 2016)^[20], por lo que su evaluación puede ser complicada e inexacta. Actualmente, los métodos más utilizados en pacientes gran quemados son tres:

- 1 Superficie de la palma: Método que utiliza como herramienta de medición la propia mano del paciente, donde se le asigna un valor a la superficie de la palma y todos sus dedos extendidos, equivalente a un 1% de la superficie total del cuerpo.
- 2 Regla de los 9 de Wallace: Método que divide el cuerpo en grandes áreas, equivalentes al 9% del total de superficie corporal.

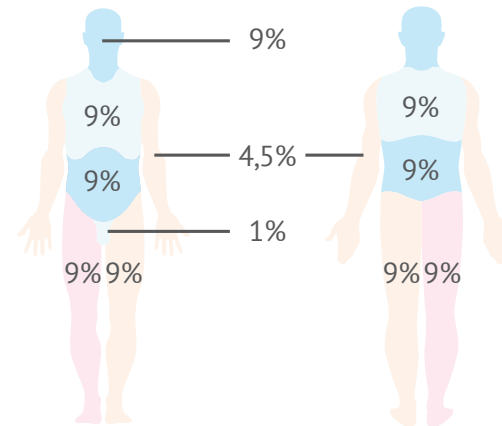


GRÁFICO PERTENECIENTE A LA GUÍA CLÍNICA DEL GRAN QUEMADO, MINSAL, 2016.

“El tamaño se calcula con la palma del niño, ahí le vemos su manito y la comparamos con la herida. Es que ahí se considera que la palma equivale al 1% de su cuerpo.”

30/11/16

Natalia Rodríguez
Enfermera Jefe



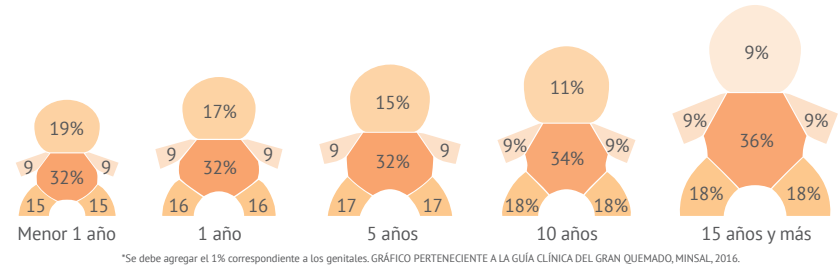
1. HERIDA DE QUEMADURA

1.2 DIAGNÓSTICO

Si bien este método se utiliza para medir grandes áreas en adultos, no es recomendable para su uso con niños, ya que “se puede sobreestimar o subestimar el cálculo para requerimiento de líquidos.”^[21]

3 Plantilla Lund & Browder: Método más recomendado por el manual, ya que detalla de forma más exhaustiva las diferentes áreas del cuerpo, y cómo éstas van cambiando de valor según el crecimiento. Según el consejo de profesionales expertos reunidos en torno a la creación del manual, en 2015, la plantilla se traduce a la práctica en niños de la siguiente forma: (Figura 1)

FIGURA 1



MEDICIÓN PROFUNDIDAD DE LA HERIDA

Según lo indicado en el manual, se consideran diversas clasificaciones al momento de evaluar la profundidad de una quemadura, como se muestra en la siguiente tabla: (Figura 2)

REEVALUACIÓN DE LA HERIDA

“Las quemaduras son dinámicas y la profundidad de una quemadura puede progresar. La hipotermia transitoria, al producir vasoconstricción, puede generar mayor profundidad que la real, por lo que la reevaluación es fundamental.” (MINSAL, 2016)^[22]

FIGURA 2

Benaim	Clasificación Con-Smith	ABA	Nivel Histológico	Pronóstico
Tipo A	1º Grado	Epidérmica	Epidermis	No necesita injerto. Suele curar espontáneamente en 7 días sin secuelas.
Tipo AB-A	2º Grado, superficial	Dérmica superficial	Epidermis y Dermis papilar	Suele epidermizar espontáneamente en 15 días con secuelas estéticas. Si se complica, puede profundizarse.
Tipo AB-B	2º Grado, profundo	Dérmica profunda	Epidermis, Dermis papilar y reticular sin afectar fanéreos profundos	Habitualmente termina en injerto con secuela estética y/o funcional. Puede requerir escarectomía tangencial.
Tipo B	3º Grado	Espesor total	Epidermis, Dermis e Hipodermis (tejido celular subcutáneo), pudiendo llegar hasta el plano óseo	Requiere escarectomía precoz, injerto o colgajos.

TABLA PERTENECIENTE A LA GUÍA CLÍNICA DEL GRAN QUEMADO, MINSAL, 2016.

1. HERIDA DE QUEMADURA

1.3 DOLOR FÍSICO

INTRODUCCIÓN

Si bien el manual del gran quemado explica todo sobre el **dolor** en detalle, me parece pertinente agregar el “apellido” de dolor **físico**, ya que deja los aspectos de la emocionalidad, sensibilidad y psicología fuera de sus definiciones, los cuales creo que también forman parte de la experiencia del niño.

Para comenzar a definir el dolor físico, debemos establecer que desde el momento de la quemadura en adelante, un niño puede pasar el resto de su rehabilitación padeciendo dolor constantemente, sumando además, algunas cúspides de dolor durante algunos procedimientos y/o chequeos. Según el manual, es necesario “realizar un manejo agresivo y multimodal del dolor en todas las etapas del tratamiento” (MINSAL, 2016)^[23], es decir, se debe buscar lograr un tratamiento potente y eficaz del dolor, a través de los diferentes medios disponibles, que se ajusten de mejor manera a la etapa de rehabilitación en la que se encuentre el niño.

TIPOS DE DOLOR

Según el manual del gran quemado, el dolor que sienten los pacientes puede dividirse en un dolor nociceptivo, dolor neuropático, central o mixto, los cuales no son excluyentes entre sí. Según el Manual de cirugía menor en atención primaria, de Antonio Romero e Isabel Fernández, estas clasificaciones son de tipo clínica. (Romero & Fernández 2011)^[24]

Para comprender de forma completa la experiencia del dolor físico del cuerpo humano, revisaremos en detalle cada uno de estos tipos:

❶ Dolor Nociceptivo: este tipo de dolor “puede ser considerado como dolor normal o sensorial. Forma parte del repertorio de sensaciones habituales, como son la visión o el tacto. Es aquella forma de dolor que aparece en todos los individuos normales como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión a órganos somáticos o viscerales, al exterior o al interior de nuestro cuerpo. El dolor nociceptivo es la consecuencia de la activación de todo el sistema neurofisiológico constituido por nociceptores periféricos (internos o externos), vías centrales de la sensación dolorosa y, finalmente, corteza cerebral, donde se manifiesta la percepción del dolor.” (Romero & Fernández 2011)^[25]

❷ Dolor Neuropático: este tipo de dolor “se define como el dolor que resulta de un estímulo percibido como doloroso, como consecuencia de lesiones del Sistema Nervioso Periférico o de lesiones en el propio Sistema

Nervioso Central. Este dolor, incluso, puede no depender de ningún estímulo y presentarse de forma espontánea. (...) El dolor neuropático es un tipo de dolor **único**, (...) mucho más complejo que el dolor nociceptivo, ya que es un producto de la lenta compensación funcional y compleja de la regeneración nerviosa. (...) Entre los factores que influyen en la dificultad de su manejo, puede señalarse que una misma enfermedad puede manifestarse en personas distintas con diferentes síntomas, que a su vez, los mismos síntomas pueden deberse a procesos distintos y que la respuesta a los tratamientos es variable, entre otras causas.” (Romero & Fernández 2011)^[26]

❸ Dolor Central: es el dolor “asociado con lesiones del Sistema Nervioso Central.” (Romero & Fernández 2011)^[27]

❹ Dolor Mixto: éste dolor “se produce cuando coexisten componentes de un dolor nociceptivo continuado con un dolor neuropático.” (Romero & Fernández 2011)^[28]

DOLOR PROPIO DEL PACIENTE QUEMADO

A la hora de evaluar y clasificar los tipos de dolor que experimenta de forma particular un paciente gran quemado, es posible determinar tres tipos, cada uno de los cuales no son excluyentes de los demás, y pueden sumarse unos con otros.

❶ Dolor de base: “El dolor basal es el dolor experimentado en las áreas quemadas y de tratamiento, cuando el paciente está en reposo.” (MINSAL, 2016)^[29] Es decir, corresponde al dolor provocado por las heridas de la piel por el simple hecho de estar quemadas, y que es constante.

❷ Dolor en crisis: “El dolor crítico es de inicio rápido y de corta duración. Ocurre cuando el paciente realiza actividades sencillas como caminar o cambiar de posición en la cama.” (MINSAL, 2016)^[30]

❸ Dolor asociado a los procedimientos: “...es un dolor intenso que ocurre durante la duración de los procedimientos, por ejemplo, durante el cambio de vendajes. El manejo del dolor asociado a procedimientos debe ser agresivo. Puede ser necesaria la sedación profunda o anestesia general. También se pueden utilizar métodos para desviar la atención/diversión.” (MINSAL, 2016)^[31] Este tipo de dolor se presenta de manera extrema durante los procedimientos en pabellón, por lo que estas tareas se realizan bajo anestesia general.

1. HERIDA DE QUEMADURA

1.3 DOLOR FÍSICO

TRATAMIENTO

En el tratamiento del dolor, es necesario considerar las características propias del proceso de rehabilitación de un paciente gran quemado, donde “los numerosos procedimientos producen estímulos dolorosos intensos, repetitivos y prolongados en el tiempo, dando origen a la alteración patológica de la función de percepción, transmisión y modulación del estímulo nociceptivo, logrando con esto la amplificación de las zonas receptoras y a la alteración de la relación entre la intensidad del estímulo doloroso y la respuesta al dolor, fenómeno conocido como **hiperalgesia**.” (MINSAL, 2016)^[32]

HIPERALGESIA

“Sensibilidad excesiva al dolor.”^[33]

TRATAMIENTO FARMACÉUTICO

El uso de fármacos para el dolor se conforma del uso de opioides, como Morfina, Tramadol o Codeína, entre otros, y de fármacos coadyuvantes, como Paracetamol, Benzodiazepina o Ketamina, entre otros, y pueden ser combinados. Los opioides “son la base del manejo del dolor en pacientes quemados. En general se requiere un uso prolongado (...) y el objetivo es lograr una adecuada analgesia de base con opioides de vida media larga y dosis bajas de opioides de vida media corta en caso de crisis.” (MINSAL, 2016)^[34] En el caso del Exequiel, los remedios comúnmente recetados para uso en sala de hospitalización son Paracetamol, e Ibuprofeno.

TRATAMIENTO NO FARMACÉUTICO

Además del uso de fármacos, existen alternativas que complementan este tratamiento, y pueden disminuir la sensación de dolor en el paciente.



1 Musicoterapia: Como la define la Asociación Americana de Musicoterapia, ésta “es una profesión de salud establecida, en la cual la música es utilizada en el contexto de una relación terapéutica que aborda necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de todo tipo de individuos.” (American Music Therapy Association, 2017)^[35]

Si bien este tipo de terapia se aplica en el tratamiento de enfermedades neurológicas, mentales y cerebrovasculares, trastornos de comunicación y autismo, o hiperactividad y problemas de aprendizaje (Jauset, 2008)^[36] entre otros, el ámbito de trabajo de interés es el tratamiento del dolor físico. “La música trabaja en varios niveles: distrae al paciente de su enfermedad o dolor, eleva hormonas beneficiosas como Serotonina, y reduce hormonas del estrés como Cortisol.” (Theiss, 2011)^[37]

Un ejemplo de estudios realizados sobre la eficacia de este tipo de tratamiento se detalla en el manual del gran quemado; “Un estudio randomizado cruzado evaluó el uso de musicoterapia durante el cambio de vendajes en pacientes quemados. (...) Los resultados muestran que la terapia con música se asoció a una reducción del dolor durante y después de los cambios de vendaje ($p < 0,005$); reducción de la ansiedad y de la tensión muscular durante el cambio de vendaje ($p < 0,05$) y a una reducción de la tensión muscular después de los cambios de vendaje ($p < 0,05$).” (MINSAL, 2016)^[38] Otro caso es el trabajo realizado en la unidad de quemados de MetroHealth, donde “los pacientes sufren dolor indescriptible durante los recambios de vendas, dos o tres veces al día. Este nivel de dolor es uno que la morfina apenas puede manejar. Estudios realizados entre 2001 y 2010, concluyen que los niveles de dolor de los pacientes se redujeron cuando participaron en musicoterapia antes y durante los cambios de vendaje. Los resultados no fueron basados principalmente en la opinión de los pacientes, sino que en mediciones de hormonas del estrés, respiración y ritmo cardíaco, y las evaluaciones de los niveles de dolor de los pacientes (la cual es una práctica estándar que ayuda a los doctores y enfermeras a decidir cuánta medicación para el dolor administrar).” (Theiss, 2011)^[39]



2 Realidad Virtual: “El dolor propio de las quemaduras y el tratamiento de heridas en procedimientos a menudo

1. HERIDA DE QUEMADURA

1.3 DOLOR FÍSICO

incrementan la ansiedad del paciente, y el dolor agudo es empeorado por tales respuestas emocionales. La distracción de la ansiedad es uno de los usos más importantes de técnicas de terapia cognitiva, particularmente con niños. Por definición, nuevos métodos para distraer pacientes del dolor agudo y ansiedad relacionada pueden ser potencialmente bienvenidos como técnicas analgésicas. (...) La realidad virtual inmersiva (VR) puede ser un medio efectivo para distraer pacientes del dolor de quemaduras, particularmente en niños y adolescentes. (...) Los humanos poseen una cantidad limitada de atención consciente disponible. El dolor requiere atención consciente, y depende de este recurso limitado. Si los pacientes se ven involucrados en estímulos tales como el VR, que absorba fuertemente la atención consciente, habrá mucho menos de este recurso cognitivo disponible para dedicar a la evaluación de estímulos nociceptivos, y los pacientes experimentarán subjetivamente menos dolor.” (Hoffman, Doctor, Patterson, Carrougner, & Furness, 1999)^[40]

Un ejemplo de los resultados de este tipo de tratamiento presentado en el manual del gran quemado explica que durante “un ensayo clínico randomizado (se) evaluó el uso de realidad virtual para el manejo del dolor durante la terapia física en pacientes quemados. Se aleatorizó a 39 adultos (...) a recibir terapia de realidad virtual mediante juegos interactivos y terapia analgésica v/s solo terapia analgésica. Al día siguiente, los pacientes fueron intercambiados de grupos, de manera que cada paciente recibiera ambas terapias. (...) Los resultados de este estudio muestran que (...) el peor dolor disminuyó 27%, el tiempo en que el paciente piensa en el dolor disminuyó en 37% y el malestar por dolor disminuyó en 31%. (...) Los autores concluyen que el uso de realidad virtual es efectivo y seguro como complemento a la terapia analgésica.” (MINSAL, 2016)^[41]



• Terapia de Mascotas: Otra terapia no farmacéutica es

la Terapia facilitada por animales (AFT), también llamada “terapia de mascotas”, que involucra tanto Actividades asistidas por animales (AAA) como Terapia asistida por animales (AAT) (Urbanski & Lazenby, 2012)^[42] (Goddard & Gilmer, 2015)^[43].

“En estudios experimentales en el contexto de pacientes pediátricos, se han obtenido beneficios fisiológicos, psicológicos y emocionales. Por ejemplo, un estudio piloto sobre visitas caninas con niños padeciendo dolor, muestra resultados positivos sobre la reducción de la ansiedad (Sobo, Eng, & Kassity-Krich, 2006)^[44]. Estos resultados incluyeron además el proveer distracción del dolor y/o la situación, traer placer y felicidad, entretenimiento, que el niño recordara su hogar, gozo de acariciar y tener contacto con el perro, proveer compañía, calma y alivio del dolor.” (Sobo, Eng, & Kassity-Krich, 2006)^[45] (Goddard & Gilmer, 2015)^[46].

1.4 EDEMA

Es una “hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.” (MedlinePlus, s/f)^[47] Para disminuir el riesgo de edema, se fija la zona afectada (pies o brazos) en alto a un soporte externo, a un costado de la cama, ya que se busca “elevant las extremidades quemadas por encima del tórax” (MINSAL, 2016)^[48], para favorecer el retorno venoso. Además, “la cabecera debe estar elevada a 30° para limitar la formación de edema facial.” (MINSAL, 2016)^[49]

1.5 INFECCIÓN

El riesgo de una infección en la herida de quemadura es un grave peligro para un paciente quemado. “Es crucial mantener una observación clínica diaria y rigurosa. Se sugiere consignar cambios ocurridos en la quemadura cada vez que se efectúe una curación o cambio de apósitos, en especial la aparición de signos de infección.” En pabellón, además existe un riguroso control de higiene para prevenir infecciones. “En cada cirugía, se recomienda realizar toma rutinaria de cultivos de superficie al ingreso, y luego toma de cultivos cuantitativos y biopsia tisular. Considerar la toma de biopsia de piel de la superficie quemada, si se estimara necesario para un diagnóstico histopatológico de infección.” (MINSAL, 2016)^[50]

Cabe agregar que existe un gran riesgo de infección cruzada entre niños al interior de una misma sala de hospitalización.

2. CUIDADOS

REHABILITACIÓN

La rehabilitación se refiere al tratamiento que necesita recibir el paciente acompañando el tratamiento principal enfocado a la herida. “La rehabilitación de todo paciente gran quemado debe iniciarse desde el momento en que el paciente ingresa a la Unidad de Pacientes Crítico (UPC). Las diferentes técnicas de terapia física (...) tendrán distintas prioridades y énfasis dependiendo de cada paciente. La evidencia muestra que estas terapias disminuyen las complicaciones y secuelas. (...) La rehabilitación debe considerarse como un proceso continuo desde que el paciente ingresa al centro de salud.” (MINSAL, 2016)^[51]

Esto se debe, principalmente, a que la herida de quemadura no solo afecta la zona quemada, sino que involucra a todo el cuerpo. “Los cambios fisiológicos causados a raíz de la quemadura involucran al catabolismo muscular, la función cardiovascular y respiratoria, la composición sanguínea y corporal, el sistema nervioso central y sistema endocrino.” (MINSAL, 2016)^[52]

REHABILITACIÓN MUSCULAR

El proceso de rehabilitación de una quemadura usualmente conlleva consecuencias musculares, ya sea por el reposo absoluto en cama del paciente, o la quemadura misma. Los factores que se ven involucrados en este aspecto son la poca movilidad de las articulaciones, debilidad muscular, úlceras por presión, trombosis venosa profunda y neuropatías.

“El edema, dolor, temor, inmovilización y pérdidas de proteínas tendrán distintas repercusiones en el sistema músculo-esquelético, presentando rápidamente atrofia muscular, contracturas y retracciones de cápsulas articulares, tendones, articulaciones y músculos” (MINSAL, 2016)^[53]

“Se debe establecer un plan de ejercicios terapéuticos y éste requiere entender la localización, profundidad y área de superficie corporal quemada. Se debe además considerar que la fuerza y resistencia de los pacientes quemados se ve comprometida por el reposo en cama. La pérdida de fuerza de un músculo inactivo es aproximadamente entre 22% y 40%.” (MINSAL, 2016)^[54]

Por último, cabe agregar al proceso de rehabilitación muscular, que “se ha descubierto el fenómeno de “transferencia educacional cruzada de fuerza”, donde el entrenamiento unilateral de un segmento o extremidad completa genera un aumento en la fuerza de los grupos musculares de la extremidad contralateral.” (MINSAL, 2016)^[55]

ALIMENTO (NUTRICIÓN)

Una correcta alimentación es clave durante el inicio del tratamiento, desde que el paciente ingresa al centro de salud. “Todo paciente quemado que ingrese a la UPC debe ser evaluado

por equipo de nutrición. (...) La alimentación enteral precoz y continua (...) se aconseja iniciarla dentro de las primeras 6 horas desde la injuria.” (MINSAL, 2016)^[56]

Asimismo, si el paciente no es capaz de alimentarse normalmente, se debe asegurar su alimentación por medio del uso de sonda. Ésta debe “ser revisada por personal de enfermería en forma periódica”. (MINSAL, 2016)^[57]

En el caso de los pacientes gran quemado, necesitan por lo general de una Dieta Hipercalórica, a excepción del ayuno completo que debe haber antes y después de ingreso a pabellón.

TEMPERATURA

El control de temperatura en los ambientes que rodean al paciente quemado es **imprescindible**, ya que estos últimos no pueden controlar correctamente su propia temperatura corporal, por lo que corren un gran riesgo de padecer hipotermia.

“Los pacientes quemados con frecuencia experimentan hipotermia (...) en la admisión, en la UCI, durante su estadía en pabellón y en caso de sepsis. Por lo tanto, se debe realizar monitoreo de la temperatura corporal en la fase prehospitalaria, en quirófano y en unidad de quemados.” (MINSAL, 2016)^[59]

Es necesario mantener una temperatura constante, el Manual del gran quemado recomienda las siguientes medidas:

- Pabellón: 28° - 32°c
- Cama (s/febre): 38°c (0,5°c)
- Unidad Paciente: 26° - 28°c
- Fluidos: 35° - 37°c (MINSAL, 2016)^[60]

La hipotermia “favorece las infecciones y retrasos en la cicatrización de la herida” (MINSAL, 2016)^[61], por lo que puede extender la estadía de un paciente en hospitalización, ya sea por la demora en el cierre de las heridas, o que éstas empeoren.

INJURIA INHALATORIA

Además de las quemaduras en la piel, también pueden resultar quemadas las vías respiratorias al interior del cuerpo, ya sea por las altas temperaturas, o por una irritación química al inhalar humo. (MINSAL, 2016)^[62] “La evaluación de la función respiratoria debe realizarse y documentarse dentro de las primeras 24 horas. La necesidad de fisioterapia respiratoria debe definirse de acuerdo a la edad del paciente, tamaño y localización de la quemadura. (...) En los niños que presentan una quemadura de extensión en la pared torácica puede verse disminuida su expansión debido al dolor secundario a la quemadura o por los procedimientos asociados. La restricción de la movilidad en este tipo de pacientes altera los mecanismos fisiológicos de defensa, sumado a la posibilidad de daño por injuria inhalatoria

HIPOTERMIA

“(Disminución de) temperatura por debajo de 35°c.”^[58]

“Los niños, por la quemadura, les cuesta más regular su temperatura. Por eso lo de la cama caliente. Pero a la realidad, es complicado el calor por la transpiración y la picazón. Pero por ejemplo, los pabellones están a una temperatura más alta cuando se opera a un niño quemado, que otro niño.”

29/03/17

Natalia Rodríguez
Enfermera Jefe



2. CUIDADOS

o infección sobreagregada.” (MINSAL, 2016)^[63]

CONTROL URINARIO

Debido al fuerte desbalance que crea la quemadura en el volumen de líquidos al interior del cuerpo, “se debe monitorizar periódicamente el volumen de orina para mantener diuresis, (...) debe mantenerse en torno a 0,5 ml/kg/hora en niños mayores de 2 años y 1 ml/kg/hora en niños menores de 2 años, ajustando según balance hídrico. En adultos, el volumen de orina debe ser en torno a 0,5 ml/kg/hora.” (MINSAL, 2016)^[64] De esta manera, se mantiene un control y registro de la cantidad de líquido que el cuerpo expulsa. Además, en relación a la hidratación que necesita el paciente, éste “puede requerir adicionalmente entre 1-4 litros de agua por día (...) para prevenir la deshidratación.” (MINSAL, 2016)^[65]

APOYO PSICOLÓGICO, REINSERCIÓN SOCIAL, ESCOLAR Y LABORAL

“La sensación traumática del evento doloroso, la ansiedad frente a las cirugías y repetitivas curaciones y la incertidumbre frente a cualquier procedimiento desconocido, tiene implicancias psicológicas y emocionales para el paciente adulto o pediátrico que ha sufrido una quemadura, las cuales son tan relevantes como las secuelas estéticas y funcionales. Debido al impacto, que estas consecuencias pueden tener en la autoimagen, autoestima, independencia y desempeño ocupacional, requieren el abordaje precoz de un equipo integral de rehabilitación. El abordaje precoz de esta problemática contribuye a minimizar los efectos a futuro. Se propone realizar intervenciones orientadas en una primera etapa a la estimulación cognitiva y sensorial, tales como relajación, actividades lúdicas, actividades terapéuticas, las cuales le permitirán al paciente vivenciar logros y distracción, complementando así el manejo psicológico y apoyando el manejo del dolor.” (MINSAL, 2016)^[66]

“Van Loey y Van Son evaluaron las principales patologías y problemas psicológicos que enfrentan los pacientes quemados, asociados principalmente a las alteraciones de la apariencia corporal, a la naturaleza traumática de las quemaduras y a su tratamiento doloroso. Los resultados muestran que la prevalencia de depresión varía entre 13 y 23% y el trastorno de estrés post traumático alcanza el 13-45%. (...) Los autores concluyen que los pacientes quemados parecen tener una menor calidad de vida que la población general, siendo los problemas de salud mental incluso más relevantes que las alteraciones físicas.” (MINSAL, 2016)^[67]

3. FASES DE REHABILITACIÓN

INTRODUCCIÓN

Según el manual, el proceso de recuperación y rehabilitación de un paciente quemado puede delimitarse en 3 etapas: primero una fase temprana o inicial, luego una fase intermedia, y finalmente una fase a largo plazo. (MINSAL, 2016)^[68]

3.1 TEMPRANA

Esta fase comienza con el ingreso del paciente al centro de salud, hasta tener el 50% de sus heridas cerradas o hasta que inicie la etapa de colocación de injertos. (MINSAL, 2016)^[69] Por lo general, esta etapa transcurre en la Unidad de Paciente Crítico del centro de salud, ya que implica los primeros tratamientos e intervenciones quirúrgicas, las cuales son de vital importancia en el caso de quemaduras.

3.2 INTERMEDIA

Luego de la fase inicial, la fase intermedia comprende desde la recuperación de un 50% de la herida hasta su 100%. (MINSAL, 2016)^[70] “En la fase inicial e intermedia, el paciente gran quemado está expuesto a múltiples complicaciones derivadas de su cuadro de base, las que se verán agravadas por una serie de situaciones como: períodos de inmovilización prolongada, posiciones forzadas en forma sostenida, analgesia y sedación, intervenciones quirúrgicas reiteradas, patologías concomitantes (traumas, daño neurológico, patología respiratoria previa, etc.). Si además presenta injuria por inhalación, el paciente requerirá apoyo ventilatorio, con las complicaciones propias de la ventilación mecánica.” (MINSAL, 2016)^[71]

3.3 LARGO PLAZO

Por último, la fase a largo plazo “se extiende desde el cierre de la herida o del alta de la hospitalización, hasta el momento en que el paciente ha recibido el máximo beneficio de los servicios de rehabilitación, incluyendo las cirugías reconstructivas.” (MINSAL, 2016)^[72] “En esta fase, la evaluación física debe realizarse de forma multiprofesional, integral y analítica, incorporando evaluaciones específicas para recuperar la movilidad y funcionalidad de la persona.” (MINSAL, 2016)^[73] “En este período, (...) se requieren largos e intensivos controles periódicos como parte de un proceso complejo de rehabilitación.” (MINSAL, 2016)^[74]

4. PROCEDIMIENTOS

RESCATE Y MANEJO INICIAL

Para un paciente gran quemado, los instantes posteriores al accidente son de suma importancia. “La mayor parte de las complicaciones que presentan los pacientes grandes quemados se deben a factores asociados a la primera atención, la que debe no solo considerar la lesión cutánea, sino también las alteraciones sistémicas presentes.” (MINSAL, 2016)^[75] Es decir, al momento de ingresar al servicio de salud de emergencia, el manejo inmediato del paciente no solo debe enfocarse en la herida de quemadura, sino en todos los órganos y sistemas que se ven igualmente dañados. La evaluación y manejo inicial se realizan según el protocolo ABC: (MINSAL, 2016)^[76]

A Vía aérea con control de columna cervical: Se evalúa si el paciente puede respirar normalmente, en caso contrario debe intubarse, especialmente en niños. Además, la columna es asegurada en pacientes quemados politraumatizados. (MINSAL, 2016)^[77]

B Ventilación: Luego, se evalúa si hay señales de intoxicación por monóxido de carbono, y si hay sospechas de cualquier daño en las vías respiratorias, se administra oxígeno al 100%. En casos más graves, se puede llegar hasta el uso de cámara hiperbárica. (MINSAL, 2016)^[78]

C Circulación: “Se debe evaluar y descartar la presencia de quemaduras en manguito y/o síndrome compartimental (extremidades, tórax y abdomen) que tienen indicación de descompresión (escarotomía y/o fasciotomía) de urgencia.” (MINSAL, 2016)^[80]

D Déficit neurológico: En caso de que se detecten señales de algún deterioro neurológico, se debe descartar si hay hipoxia o hipovolemia. (MINSAL, 2016)^[83]

E Exposición con cuidado temperatura ambiental: Se evalúa al paciente por delante y por detrás, y se calcula la extensión y profundidad de las quemaduras, para luego envolverlas en sábanas o gasas limpias. (MINSAL, 2016)^[84]

F Resucitación de fluidos: “Los objetivos de la reanimación son restaurar el volumen intravascular, mantener la perfusión y función de los órganos y prevenir las complicaciones de la herida.” (MINSAL, 2016)^[85]

ASEO HERIDA DE QUEMADURA

“Se recomienda que todos los aseos quirúrgicos y curaciones sean realizados en pabellón, respetando las condiciones de asepsia y

QUEM. “EN MANGUITO”

Las quemaduras tubulares, comúnmente llamadas “en manguito”, pueden comprimir la vasculatura, debido a la pérdida de elasticidad de la piel y por edema en los tejidos blandos subcutáneos. Ésto a su vez dificulta el retorno venoso en la zona quemada. Cuando hay una quemadura tubular en una extremidad, ésta se debe elevar por sobre el nivel del cuerpo para facilitar el vaciado; ésta práctica puede reducir el número de escarotomías (incisiones de descarga), las cuales a veces otorgan más secuelas que la quemadura misma. (Aguayo, 1999)^[91]

HIPOXIA

“Estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de éstos.” (Hein, s/f)^[81]

HIPOVOLEMIA

“El shock (hipovolémico) es un trastorno complejo del flujo sanguíneo que se caracteriza por una reducción de la perfusión mística y del aporte de oxígeno por debajo de los niveles mínimos necesarios para satisfacer la demanda de los tejidos, a pesar de la intervención de los mecanismos compensadores. Es un fracaso en el sistema circulatorio.” (Cerdá, 2007)^[82]

antisepsia en todas sus etapas, y aprovechar la instancia de la anestesia general para realizar procedimientos invasivos, como la instalación o recambio de catéter venoso central, sonda Foley o sonda nasoyeyunal.” (MINSAL, 2016)^[86]

① Aseo Quirúrgico Inicial: “Debe realizarse una vez estabilizado el paciente desde el punto de vista hemodinámico (etapa de shock superada, reposición efectiva de fluidos), con evacuación vesical funcionante, y dolor abolido. La excepción corresponde a los casos en que las lesiones locales requieran tratamiento de urgencia.” Este aseo consiste en:

- Aseo que elimine suciedad, restos de ropas u otros materiales.
- Aseo por arrastre con agua o solución fisiológica.
- Rasurado cuidadoso de zonas quemadas y su contorno, incluyendo cuero cabelludo si está comprometido.
- Secado y preparación de campo estéril definitivo. (MINSAL, 2016)^[87]

② Aseo Quirúrgico: “permite establecer el diagnóstico de extensión, profundidad, compresión, restricción y el pronóstico inicial (del paciente).” Consta de:

- Retiro de tejido desvitalizado, flictenas y otros contaminantes.
- Lavado con suero fisiológico abundante.
- Escarotomía o fasciotomía, desbridamiento de compartimentos musculares. (MINSAL, 2016)^[88]

③ Vendajes: Para aplicar vendajes sobre la quemadura, se recomienda “aplicar de distal a proximal para favorecer retorno venoso, de manera firme, pero no compresiva, de espesor mediano que permita los ejercicios, proteja de traumatismos y contenga el exudado.” (MINSAL, 2016)^[89]

El uso de apósitos especiales permiten una “protección mecánica a la lesión, y permiten eliminar la porción acuosa del exudado, (...) favoreciendo la epitelización.” (MINSAL, 2016)^[91]

④ Aseos Quirúrgicos Posteriores: Luego del primer aseo, y durante la estadía del paciente en hospitalización, se realizan más aseos y re-vendajes de forma periódica. “La programación (...) dependerá de la profundidad y extensión de las quemaduras.” (MINSAL, 2016)^[92]

ESCAROTOMÍA

Es un procedimiento quirúrgico, el cual consiste de una “incisión (...) sobre un tejido necrótico producto de una quemadura grave.

EPITELIZACIÓN

“Regeneración del epitelio sobre el tejido conjuntivo, durante la cicatrización.”^[90]

4. PROCEDIMIENTOS

El objetivo es evitar que el edema que se forma por la quemadura incremente excesivamente la presión intersticial, lo que podría producir una **isquemia**.” (Enciclopedia de Salud, s/f)^[94]

“Las ventajas de este tratamiento son la adecuada remoción de tejido necrótico y el cubrimiento temprano, lo cual disminuye el tiempo en que el paciente se encuentra en riesgo de desarrollar una infección. El procedimiento debe realizarse luego de que el paciente se encuentre estable y entre el tercer y séptimo día desde la quemadura.” (Universidad de Antioquia, 2006)^[95]

“La intervención debe planificarse para concluir en dos horas, ya que un tiempo quirúrgico mayor aumenta el riesgo de hipotermia e hipotensión.” (MINSAL, 2016)^[96]

- 1 Escarotomía Tangencial: “Consiste en la escarotomía hasta plano dérmico profundo o celular subcutáneo vital. Permite eliminar solo el tejido comprometido.” (MINSAL, 2016)^[97]
- 2 Escarotomía Total: “La escarectomía total o a fascia implica la remoción de la escara y el tejido subcutáneo hasta la fascia. Se opta por este procedimiento, a pesar de sus limitaciones en cuanto a resultado estético, en pacientes inestables y con quemaduras extensas, por su rapidez y mayor facilidad de **hemostasia**.” (MINSAL, 2016)^[99]

COBERTURAS

“Los sustitutos de piel corresponden un grupo de materiales con los cuales se cubren heridas dérmicas para suplir las funciones de la piel. Dependiendo tanto del material como de la duración, las coberturas se clasifican en **materiales biológicos, sintéticos** y biosintéticos, que pueden ser temporales o permanentes.” (MINSAL, 2016)^[100] “Las coberturas permiten cerrar la herida, protegiendo la herida de infecciones y pérdida de humedad y calor.” (MINSAL, 2016)^[101]

- 1 Temporales: Este tipo de coberturas pueden ser sustitutos dérmicos biológicos (como heteroinjertos frescos o irradiado-criopreservados, homoinjerto de cadáver irradiado-criopreservado o de donante vivo), coberturas sintéticas semipermeables y porosas, o sustitutos dérmicos biosintéticos. (MINSAL, 2016)^[102]
- 2 Permanentes: Este tipo de coberturas pueden ser injertos autólogos (laminado o expandido), colgajos, técnica sandwich o Thi Hsiang, o cultivo de queratinocitos. (MINSAL, 2016)^[103]

ISQUEMIA

“La **isquemia** provoca una disminución del aporte de oxígeno y de nutrientes, y un déficit en la eliminación de productos metabólicos de desecho, lo que puede causar la muerte celular en el tejido afectado.”^[93]

HEMOSTASIA

“Contención o detención de una hemorragia mediante los mecanismos fisiológicos del organismo o por medio de procedimientos manuales, químicos, instrumentales o quirúrgicos.”^[98]

“Aquí en el Exequiel se usa el injerto natural: le sacan un pedacito de cuero cabelludo a los niños, y después lo pasan por una máquina que lo aplana y expande, crece bastante. Y a los niños le hinchan la cabeza con fluidos, como que se la expanden.”

31/03/17

Silvia Acosta
Enfermera



CONTROLES

“En niños, la presión arterial refleja el estado circulatorio mejor que la frecuencia cardiaca. La taquicardia puede indicar hipovolemia pero también puede ser ocasionada por miedo, dolor o estrés, por lo que es necesario correlacionar la presencia de este signo con su evaluación.” (Joffe, 2015)^[104] (MINSAL, 2016)^[105]

5. QUEMADURAS EN NIÑ@S

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras, si bien poseen algunas características en común para todas las personas, en el caso de los niños, hay bastantes variables que complejizan el proceso de tratamiento y rehabilitación, directamente relacionadas con la corta edad del niño que se ha quemado; su pronóstico es menos favorable si es menor de 2 años. (MINSAL, 2016)^[106]

“Los daños derivados de las quemaduras representan la tercera causa de hospitalización y muerte por trauma en los niños chilenos, provocan además un enorme sufrimiento al niño afectado y a su familia, cuantiosos gastos en rehabilitación y en la mayoría de ellos, daños emocionales, sociales, de crecimiento, desarrollo y estéticos que los acompañan toda la vida.” (MINSAL, 2016)^[107]

NIÑ@S QUEMADOS EN CHILE

En el año 2011, la Corporación de Ayuda al Niño Quemado (COANIQUEM) realizó un estudio epidemiológico sobre la incidencia y prevalencia de quemaduras y factores asociados en menores de 20 años aplicada en Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado. Dentro de los resultados, se obtuvo que entre las causas de quemaduras, los objetos calientes se equiparan a líquidos calientes como principal agente causal. Además, en los últimos años se a revertido la tendencia a un cuidado en casa hacia una consulta en centros de salud. A la vez, la comparación de consultantes de Pudahuel menores de 15 años en 2001 y 2011 mostró una disminución de un 23,5 % en la incidencia a centros de asistencia, con un aumento relativo de objetos calientes como agente causal, que ahora predomina con un 46,4% y una disminución a 8,9 % de hospitalizaciones. La incidencia fue mayor en niños hombres, de un 52%, y el grupo etario más afectado fue el de 0 a los 4 años, con un 64,5 %. Por último, cabe destacar que el 39,5 % de todos los pacientes tenía comprometida una mano.” (Rojas, Saavedra, Vicencio, & Solís, 2015)^[108] (MINSAL, 2016)^[109]

EFFECTOS EN LA FAMILIA

En el caso de los niños, las quemaduras no sólo tienen un impacto físico y psicológico para ellos mismos, si no que también pueden provocar un quiebre en el equilibrio familiar, implicando cambios en la rutina y relaciones entre los integrantes. Sensaciones como angustia, temor y culpa, por parte de los padres, impiden en algunos casos cumplir con las indicaciones del tratamiento. De esta manera, en el Manual del gran quemado se recomienda contener la angustia de la familia y orientar los esfuerzos de sus integrantes hacia la mejora de la condición del niño o la

niña, informando e instruyendo a la familia y/o cuidadores sobre la importancia del uso y cuidados de sistemas ortésicos, compresivos y de la piel, e incentivando la participación activa de éstos en la mantención de la funcionalidad e independencia en las actividades de la vida diaria. Además, se busca fomentar la cotidianidad y entregar apoyo para la reestructuración de la rutina familiar, favoreciendo la reintegración del niño o niña al sistema de cuidado o educacional al que pertenece, como un jardín infantil, educación pre escolar o escolar, constituyéndose así en un factor facilitador de la adherencia al tratamiento de rehabilitación. (MINSAL, 2016)^[110]



The title 'Unidad de Quemados' is written in a black, cursive script. It is surrounded by several orange, textured brushstrokes that appear to be splatters or drips, scattered around the text.

Unidad de Quemados

Estructura

UNIDAD DE QUEMADOS

INTRODUCCIÓN

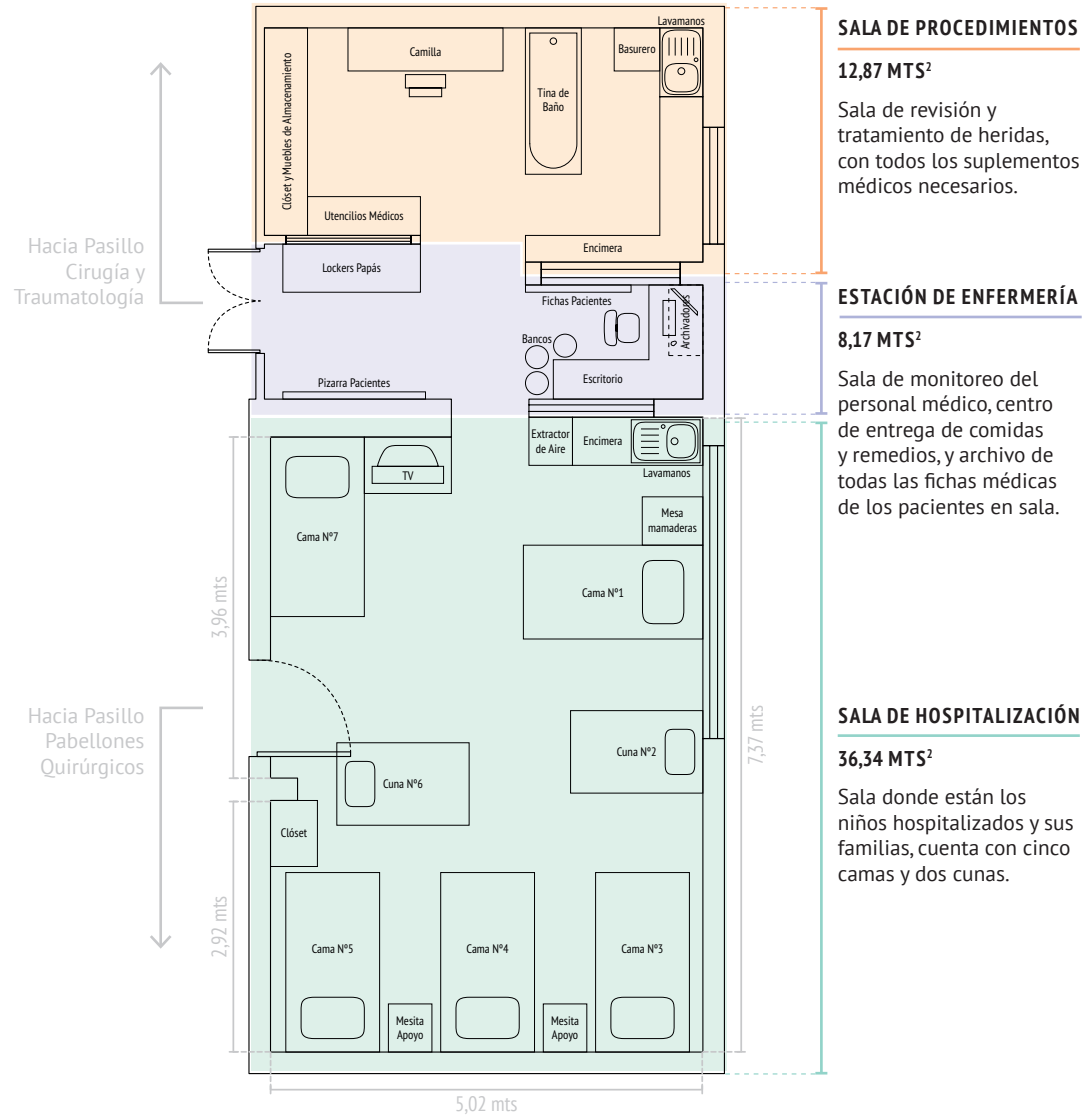
Una vez que hemos conocido en detalle todas las características propias de un paciente quemado, pasaremos a revisar la actual unidad de quemados del hospital Exequiel.

FUNCIÓN

Esta sala recibe los casos de quemaduras infantiles más leves o en proceso de recuperación.

Los casos de quemaduras pueden ser derivados directamente desde pabellón (posteriormente a una cirugía de emergencia), o desde la Unidad de Paciente Crítico al estar más estables. Además, de forma menos frecuente, puede ocurrir un reingreso a hospitalización debido a un mal cuidado de las heridas del niño en casa.

La sala de quemados tiene por objetivo ser la sala más limpia del hospital (Rodríguez, 2016)^[111]; el nivel de limpieza es un factor clave en el proceso de rehabilitación de los niños, ya que son muy susceptibles a infecciones en la piel expuesta de las zonas afectadas, que los podría poner en riesgo y empeorar sus casos.

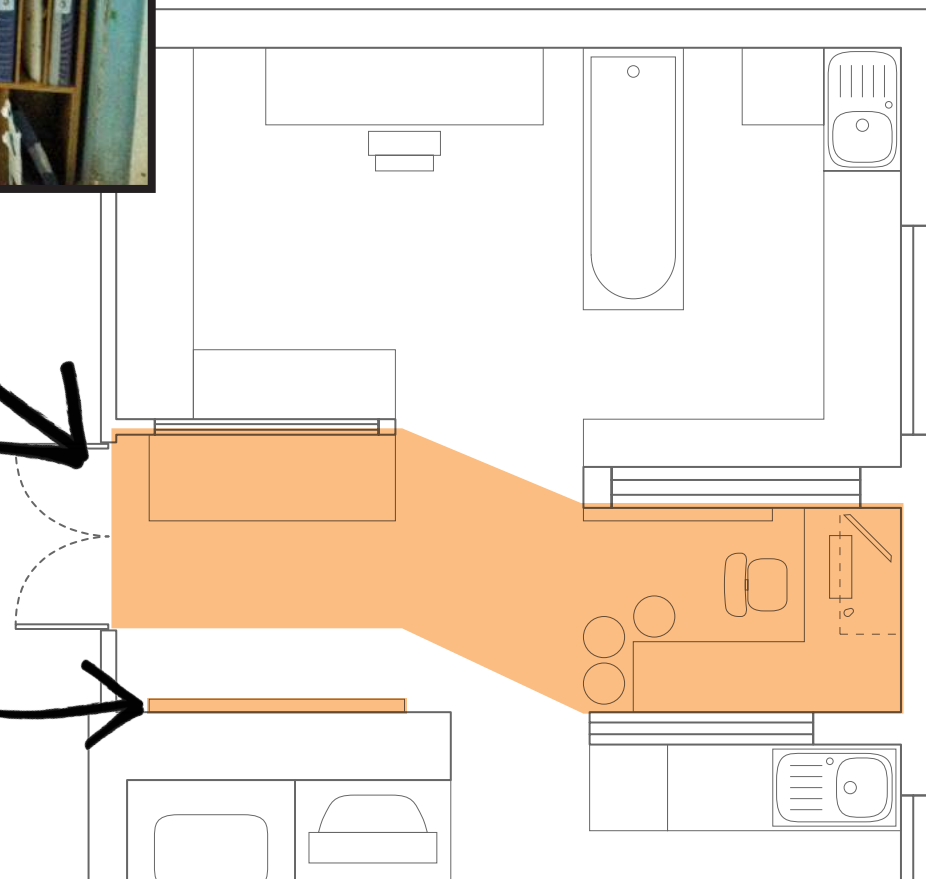


ESTRUCTURA



ESTACIÓN DE ENFERMERÍA

La entrada principal consta de un pasillo, en el cual se pueden encontrar; a la izquierda, 15 lockers metálicos, dispuestos para el uso de los papás. Al centro se encuentra la sala de monitoreo, la cual es pequeña. Cuenta con un escritorio, un computador, y un mueble donde se archivan todos los documentos de esta sala. Además, en la pared izquierda se encuentran colgadas todas las fichas de los pacientes que se encuentran hospitalizados en ese momento.



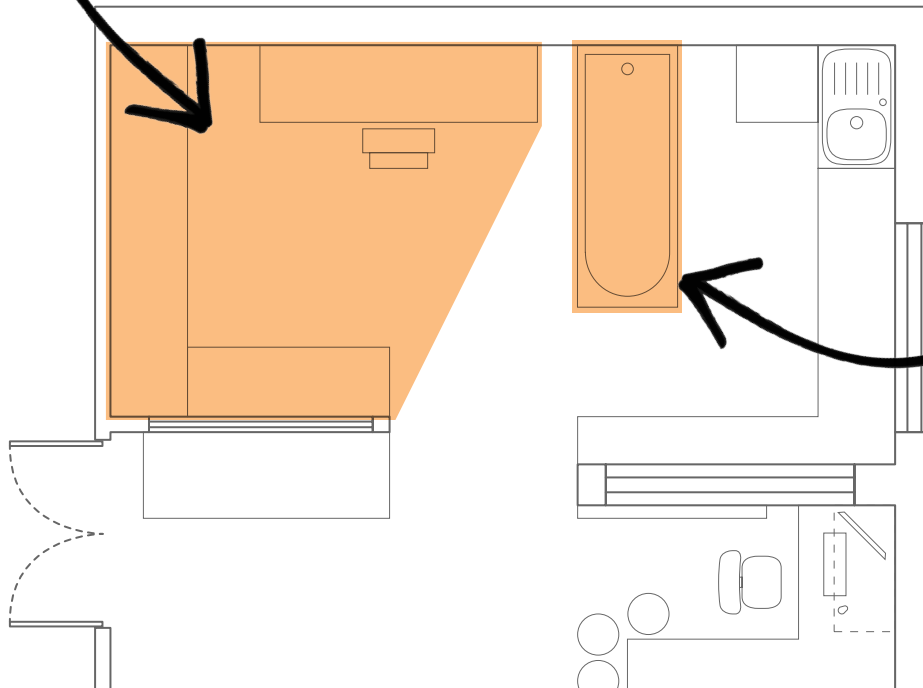
ESTRUCTURA



SALA DE PROCEDIMIENTOS

La izquierda, está la sala de curaciones. Al fondo están los armarios para almacenar, luego una camilla junto a una gran lámpara, después una tina empotrada a las baldosas del suelo con una pequeña silla de plástico dentro.

Fragmento (editado) de planta del segundo piso del edificio de hospitalización del HEGC, facilitado por Profesor Pablo Hermansen.



INNOVACIÓN
ESPONTÁNEA:**

Se refiere a cualquier objeto o estructura que se infiere fue destinada a un uso particular y/o peculiar por el ingenio del personal médico, dentro de su constante búsqueda de proveer el mejor servicio posible a los niños.

ESTRUCTURA

ZONA SUCIA V/S LIMPIA

Finalmente están el área sucia (lavamanos y basurero de desechos tóxicos y otros), y el área limpia (suplementos médicos), pared donde está la única ventana de esta sala, la cual da hacia un pasillo interior del edificio.



Fragmento (editado) de planta del segundo piso del edificio de hospitalización del HEGC, facilitado por Profesor Pablo Hermansen.

Sala

COMO UN ECOSISTEMA

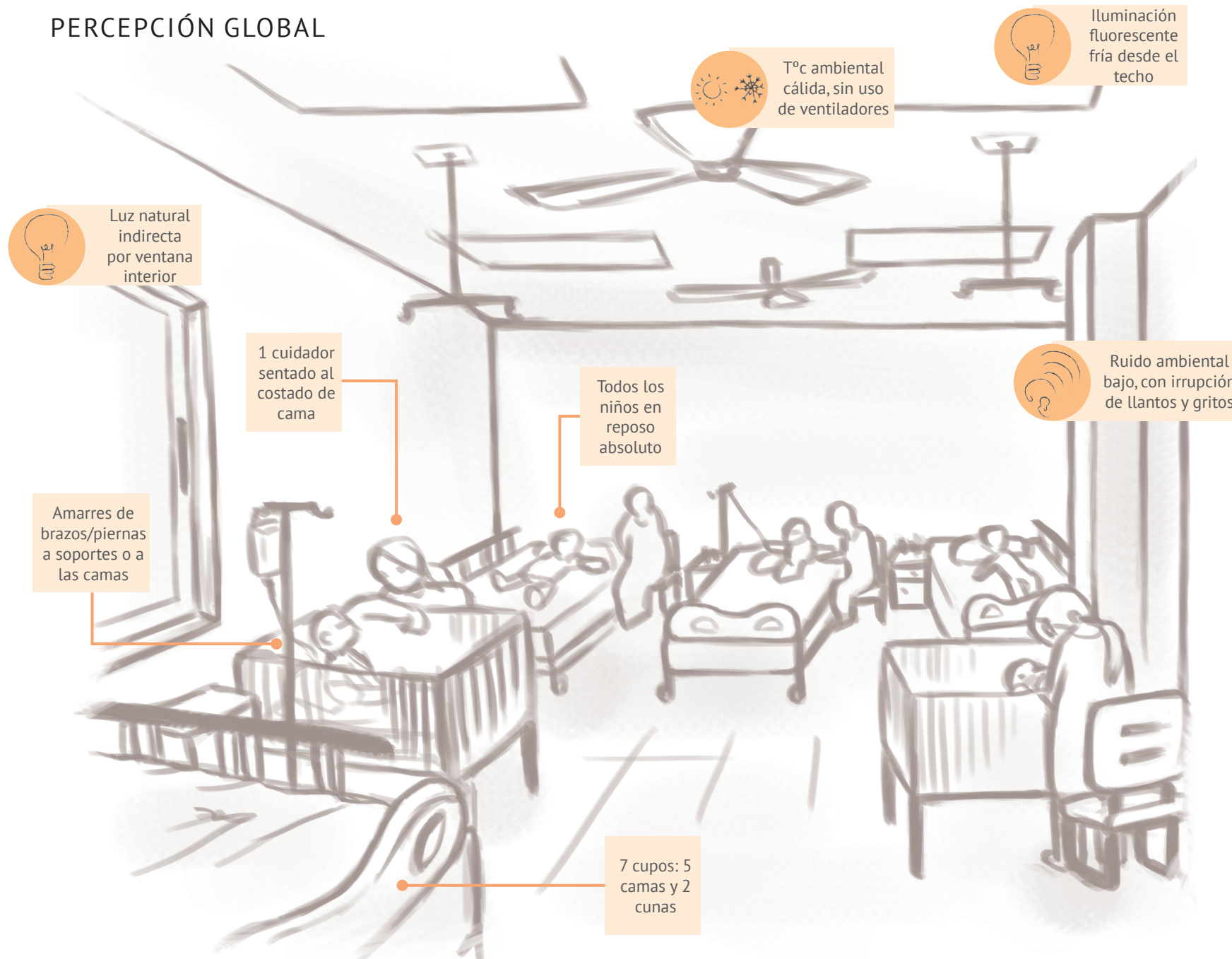
INTRODUCCIÓN

Dentro de la Sala de niños quemados podemos reconocer cuatro factores que constituyen, en conjunto, el ecosistema que engloba la sala. Éstos son:

- 1 Los **actores** que conviven en su interior. Éstos corresponden a cualquier entidad, humana o no humana, que produce un impacto en el ecosistema.
- 2 Las rutas o **flujos** de personas y factores ambientales, que afectan una o varias zonas del espacio físico de la unidad.
- 3 Los **procedimientos** que se llevan a cabo dentro de la sala, como los tratamientos de heridas, curaciones, horarios de comida, etc.
- 4 Los diferentes **escenarios** que ocurren a lo largo del día, eventos en los que colisionan todos los demás factores anteriores; actores, flujos y procedimientos.

SALA COMO UN ECOSISTEMA

PERCEPCIÓN GLOBAL



SALA COMO UN ECOSISTEMA PERCEPCIÓN INDIVIDUAL

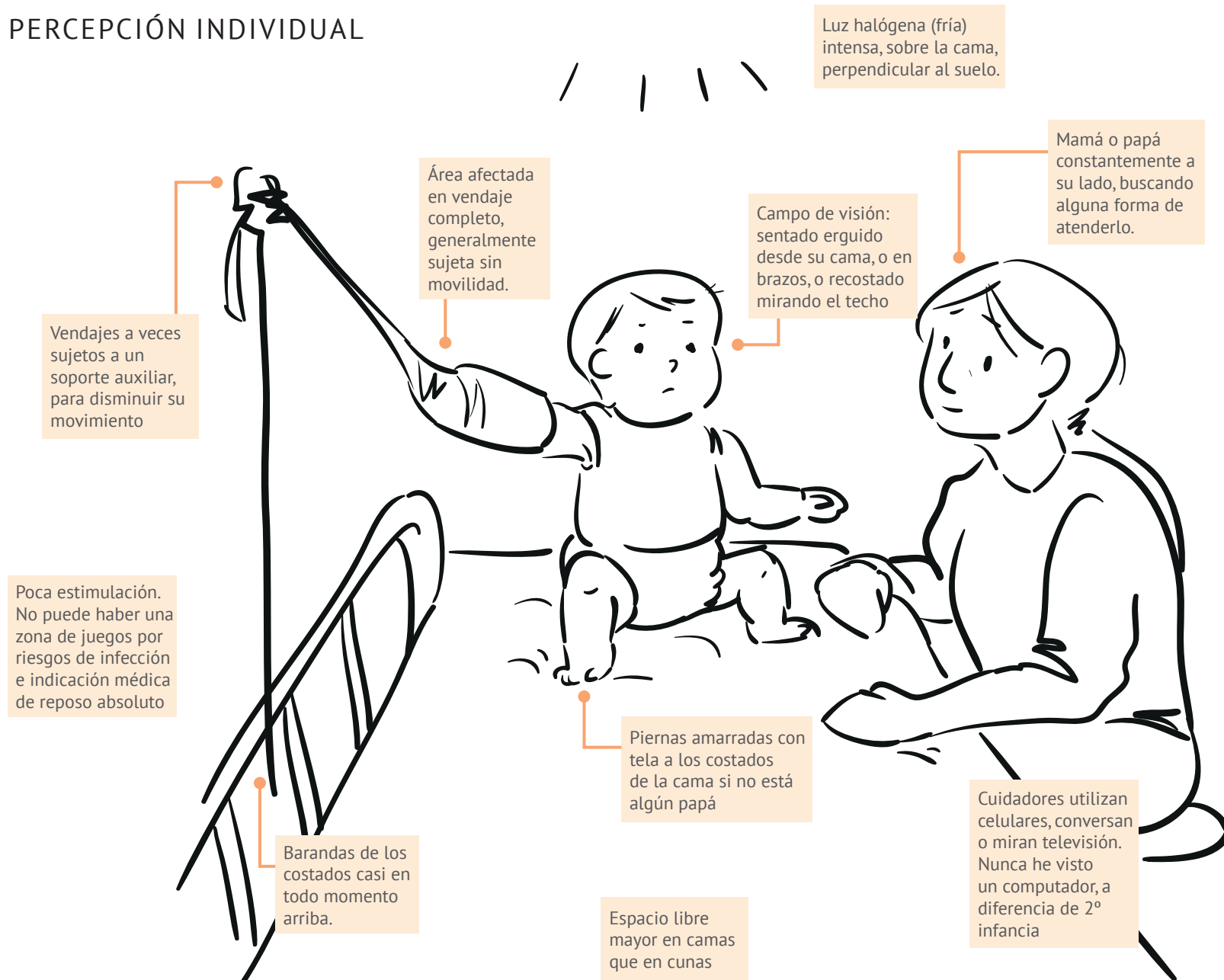


Si bien la mayor parte de los niños poseen ambas manos y/o brazos inmovilizados, los casos como la niña de la fotografía son menos frecuentes. Aun así, este caso demuestra las condiciones de hospitalización del niño en la unidad; con un rango de libertad de movimiento muy pequeño, recostado en cama, observando su entorno.

Fotografía realizada con autorización explícita de la madre y personal médico a cargo de la unidad de quemados.

SALA COMO UN ECOSISTEMA

PERCEPCIÓN INDIVIDUAL



SALA COMO UN ECOSISTEMA

1. ACTORES HUMANOS

NIÑ@S

La sala de niños quemados recibe desde bebés hasta niños preadolescentes, con casos que generalmente van desde el **primer año de vida hasta los 4 años**, con algunos casos menos frecuentes de niños entre los 10 y 14 años. La etapa de rehabilitación en la que se encuentran también es variable, pudiéndose encontrar niños **recién llegados hasta pacientes de semanas**, quienes deben estar reposando en sus camas.

La mayoría de los niños se encuentran **acompañados** de su mamá, abuela o papá, en camas o en el caso de los niños más pequeños, en cunas. Las mamás suelen estar sentadas a un lado de la cama junto a su hijo, ayudando en sus cuidados y reconfortándolo.

Los casos de quemaduras que llegan a esta unidad son muy variados, desde quemaduras **menores hasta graves**, en cualquier parte del cuerpo. Dependiendo de donde se ha quemado, el niño está envuelto en vendajes, los que casi siempre impiden o inmovilizan la zona protegida. Por lo general, se trata de manos y brazos, los cuales pueden o no quedar con los dedos de la mano libres para usarlos, en conjunto a otro vendaje en otra parte del cuerpo.

Además, por medida de seguridad ante posibles caídas, cuando el cuidador del niño sale de la sala, el equipo médico suele **amarrarlo con una pieza tela desde las piernas a la cama**. Y si la zona afectada se trata de una zona de alto roce, se sujeta a un **soporte auxiliar** para que no se pueda mover, frecuentemente para brazos y piernas.

Cuando un niño está en un estado delicado y vulnerable frente a infecciones, se le asigna la condición de **Aislamiento de Contacto**. Ésto significa que el niño no puede entrar en contacto de forma directa con otra persona, sino que ésta debe usar una bata desechable, guantes y mascarilla nuevas, y desecharlo todo una vez terminado su uso.



Natalia Rodríguez
Enfermera Jefe

Datos presentes en casi todas las fichas, con excepciones muy pequeñas:

Remedios
· Paracetamol
· Ibuprofeno

Tratamientos
· Reposo Absoluto
· Régimen Hipercalórico-Hiperprotéico
· Enfermería Habitual
· Curaciones 1 día a la semana (generalmente los Viernes)

¿? ¿NO DEBEN CASI MOVERSE?

“¡Sí!, lo mejor es que no gasten nada de energía, para que el cuerpo se concentre en sanar las heridas. Por eso también es la dieta hipercalórica...”

16/11/16

¿? LOS AMARRES DE PIES, ¿SON COMO UNA MEDIDA DE SEGURIDAD?

“Sí, (...) hay como una valoración de riesgo de caída. Entonces, generalmente, los niños más pequeños, uno le explica a los papás que si ellos no pueden estar por A, B, C motivo, y nosé po, igual la sala está demandante, o solamente por la seguridad del niño, porque a lo mejor una caída le puede traer muchas complicaciones. Entonces le decimos que más que nada es para contención. (...) Osea, igual aquí siempre hay alguien fijo, a no ser que hagamos así como... Queda solo un rato. Pero siempre hay alguien fijo y ahí es como nosé, si tú estás acá, y ves que alguien como que él (apunta a un niño en cama) se pueda tirar, a lo mejor no vas a alcanzar a pararte e ir rápido corriendo, y la contención te da unos segundos más para que evite la caída. Pero a los papás se les explica.”

04/10/16

¿? EL AMARRE AL SOPORTE, ¿ES PARA QUE NO SE PUEDAN MOVER?

“Claro, ponte tú si tiene quemadura del pie, lo ideal es que él esté acostado con el pie en alto, y que no se ande moviendo, ni pisando, porque el pie se le puede hinchar, le va a doler...”

16/11/16

SALA COMO UN ECOSISTEMA

1. ACTORES HUMANOS

PAPÁS

Esta sala se caracteriza por la activa participación de los padres en la recuperación de su hijo. Al acercarse y conversar un poco con los papás, la gran parte confiesa poseer sentimientos de culpa, ya que son o se sienten responsables del accidente de su hijo. Este sentimiento de culpabilidad es también percibido fuertemente por el personal médico de la sala, quienes permiten un mayor acceso a los padres. El hospital Exequiel posee un programa llamado *Hospital Amigo*, el cual permite que los padres se puedan alojar durante toda la noche al interior de las salas.

Las visitas por lo general son de la mamá y/o el papá del niño, sumando además, en menor medida, parientes cercanos (como abuelos, hermano mayores o tíos) si alguno o ambos de los padres no están. El horario de visita va desde las 6:30 am hasta las 9:00 pm, tiempo durante el cual los padres pueden estar permanentemente acompañando al niño, y aunque sea posible solo uno a la vez, pueden intercambiarse todas las veces que lo deseen. Sin embargo, fuera del horario de visitas, el padre que se quede debe hacerlo por toda la noche, sin intercambios. A la hora de dormir, el personal médico recomienda que no duerman en el suelo por riesgo de no levantar posibles infecciones hacia el niño. Pero a la práctica, la mayoría de los padres se las arregla con alguna frazada o saco de dormir en el piso, ya que no tienen otro lugar donde dormir. Algunas veces también duermen en una silla de plástico al costado de la cama.

En la gran mayoría de los casos, los papás sienten el impulso de hacer todo lo posible para asistir y apoyar el proceso de rehabilitación de su hijo; el padre que está a cargo pasa todo el tiempo dentro de la sala junto al niño, mesiéndolo, alimentándolo, acomodándolo, reconfortándolo, etc.

Además, al interior de la sala, se conforma una pequeña red de comunicación informal entre padres, debido a la proximidad de las camas entre sí, lo que los posiciona unos junto a otros, y les permite conocerse. Esta comunicación es constante, ya sea en persona o vía chat por celular, y es utilizada como una red de apoyo y consuelo, y para de avisos importantes, como la difusión de recados de doctores, etc.

Por último, cabe destacar que la gran parte de los papás depositan su confianza en el personal médico de la sala, hecho que se evidencia en la atención y cuidado con la que se dirigen a éstos, o simplemente cuando salen de la sala para ir a almorzar, solo preguntan: "Voy a almorzar, ¿Se lo puedo dejar un ratito?" y

al escuchar "Vaya no más", dejan a su hijo a cargo de ellos.

Pero por otro lado, también hay padres que realizan malas prácticas que dificultan en cierta medida el trabajo del personal médico, ya sea como un pequeño inconveniente hasta desobedecer una norma de la sala. Éstas son:

- 1 Comida: Escabullir comida chatarra que el niño no debe ingerir, no respetar el ayuno del niño antes de ingreso a pabellón, etc.
- 2 Higiene: No lavarse las manos al entrar a la sala o tocar algo sucio (objeto que cayó al suelo, ropa o zapatos sucios, muda de pañal, etc.), no usar pechera al interior de la sala, no usar mascarilla, guantes y/o bata cuando el niño está en aislamiento de contacto, etc.

Yo: A mí lo que me llama la atención, que aquí, a diferencia de Cirugía y Traumatología, acá los papás están como muy pendientes, están ayudando mucho. (...) Porque en Cirugía es más como "acompañar".

Natalia: Sí, yo creo que acá también hay un grado de hay un alto grado de culpabilidad. (...) Generalmente hay peleas. Porque cuando (el accidente) le pasó estando con el papá, entonces ya no lo dejan ir más donde el papá. O la casa de su suegra. "Ya no quiero que no quiero dejar a mi hijo con, a mi otro hijo con la suegra". O pelean. Generalmente, cuando pasa (el accidente), son como más rencorosos los hombres, como cuando le pasa el accidente con la mamá. Que "ella lo tenía que cuidar". (...) Yo creo que eso igual afecta harto que los papás estén como más pendientes. Porque igual son como más chicos. (...) Y como estadísticamente son los niños más pequeños.

14/10/16

Natalia Rodríguez
Enfermera Jefe



"Yo tengo que "rayarles la cancha", como se dice en el buen chileno, de todo lo que tienen que hacer y lo que no tienen que hacer."

13/04/17

Silvia Acosta
Enfermera



SALA COMO UN ECOSISTEMA

1. ACTORES HUMANOS

DOCTORES

Son los que **diagnostican** al niño cuando llega a la sala, los revisan y ven las quemaduras detalladamente. Producto de esto, dejan las **indicaciones** de los tratamientos necesarios, y **programan las próximas curaciones**, especificando si serán en la sala de procedimientos de quemados o en pabellón.

Además, realizan visitas rutinarias a la sala para chequear el estado y evolución de los niños, preguntando sus actividades y si es que hubieron novedades, a la enfermera a cargo.

ENFERMERAS

En quemados, existe una enfermera asignada a cargo de la sala. Ella se encarga de revisar las indicaciones hechas por el doctor, a partir de las cuales hace el **Plan de Enfermería**, que es como “el plan para el día”, como me comenta Natalia Rodríguez. En éste, ella describe todos los tratamientos y horarios de comidas y remedios del paciente, incluyendo cualquier particularidad de éste, y se encarga que se lleve a cabo.

Por otro lado, ella es la encargada de **hacer las curaciones** en la sala de procedimientos, el cual es un trabajo en conjunto entre los integrantes del equipo médico.

Además, durante el horario de distribución de remedios, ella es la que administra los de administración **endovenosa**.

Por último, se encarga de chequear el estado de las vendas de los niños, con especial énfasis si irán a pabellón pronto.

TÉCNICOS

Durante el día, al interior de la sala deben haber dos técnicos en turno, los cuales rotan con otro equipo de dos integrantes en la zona de Cirugía y Traumatología. Los técnicos, que pueden ser técnicos de enfermería o técnicos paramédicos, se encargan de varias **tareas rutinarias**. Entre éstas se encuentran: chequeo de signos vitales y estado de vendajes, entrega de comida y administración de remedios orales en sus horarios correspondientes (indicados en el Plan de Enfermería), cambiar las sábanas de las camas, mudar y bañar a los niños y verificar si han comido, ido al baño, el peso de los pañales, etc.

Asimismo, **asisten** a las enfermeras durante las curaciones, ocasión en la cual debe haber dos técnicos en quemados; uno dentro de la sala de procedimientos, ayudando a la enfermera, mientras que el otro se queda atento a cualquier necesidad que pueda surgir en la sala de los niños.

KINESIÓLOGA

Existe una kinesióloga asignada a la unidad. Viene solo por las mañanas, y se encarga de realizar **tratamientos respiratorios y motores** en los niños, y de **hacer y mantener los vendajes** en las quemaduras.

Durante las curaciones, ella también acompaña y asiste a la enfermera a cargo durante el proceso, ayudando con los vendajes. Y si durante una mañana no hay curaciones programadas, se encarga de chequear y reforzar los vendajes que la enfermera observó algo aflojados, o que los técnicos indicaron que se desplazaron durante el baño del niño.

PSICÓLOGA

Como me explica Lorena Carrasco, actual psicóloga de la unidad, existe una psicóloga asignada para la unidad de quemados, la cual trabaja dentro del programa **“Chile Crece Contigo”**, y se dedica principalmente a realizar una **evaluación del riesgo psicosocial del niño**. Cuando llega una nueva familia a la sala, ella es la encargada de entrevistar a los papás para conocer los factores de riesgo, y los de protección en los niños. Posteriormente, evalúa los testimonios de los papás sobre el accidente que produjo la quemadura en el niño, en conjunto a la Asistente Social, para **diagnosticar** el nivel de negligencia.

Además, Lorena agrega: “hay una terapeuta ocupacional que hace una evaluación del desarrollo del niño, y genera algunas actividades propias para cada edad.”^[113]

Por último, concluye que “lo que hacemos nosotros es entrevistar a los papás, más que a los niños, porque la mayoría son lactantes. Entonces trabajamos un poco el apoyo de los papás en el proceso de hospitalización. Pero más que nada evaluación de riesgo, y si es efectivamente una situación de vulnerabilidad de la seguridad del niño, nosotros contactamos al **CESFAM**.”^[114]

AUXILIARES DE SERVICIO

Se encargan de **limpiar toda la unidad** de quemados, con especial cuidado debido a la alta probabilidad de infección cruzada entre niños. Además, ellos deben ingresar a la sala de procedimientos **después de cada curación** y limpiar completamente, también por el riesgo de infecciones para los próximos niños que entrarán a la sala. También son los encargados de retirar toda la ropa de cama cuando un niño se va de alta, y desinfectar el colchón para luego poner ropa de cama limpia para un próximo paciente que pueda ingresar a la unidad.

CHILE CRECE CONTIGO

“Es uno de los principales componentes del Sistema de Protección Integral a la Infancia, cuya misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños y sus familias. Este acompañamiento se hace efectivo desde el primer control de gestación en el sistema público de salud, y se extiende hasta que ingresa a prekinder.”^[112]

CESFAM

Centros de Salud Familiar: “Trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, y por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, (...) trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas.”^[115]

SALA COMO UN ECOSISTEMA

2. ACTORES NO HUMANOS



ACÚSTICA

El ambiente acústico en la sala puede cambiar muy rápidamente, pasando desde una atmósfera tranquila y solemne, a llenarse de pronto por el llanto desconsolado de un niño.

Además está el tránsito y conversaciones de papás y personal médico.

Y en ocasiones se escucha música desde una radio dentro de la sala de procedimientos, a muy bajo volumen. Ésta generalmente es encendida cuando suenan objetos molestos (sobre todo durante los días más calurosos), ya sea por el ventilador de la estación de enfermería, o el extractor de aire de la sala de hospitalizados.



TELEVISIÓN

Hay una televisión en la sala, la cual **permanece encendida casi las 24 horas** a muy bajo volumen, en un canal infantil.

Es la principal fuente de distracción de los **padres**, quienes a veces la miran mientras permanecen sentados en una silla de plástico al costado de la cama de su hijo, generalmente cuando este último duerme, o cuando pasean con el niño en brazos.



DECORACIÓN

La sala está **ambientada** en el **largometraje de Disney Alicia en el País de las Maravillas**. En el fondo de las paredes está pintado un horizonte de pasto verde y cielo azul, ocasionalmente protagonizado por algunos de los personajes de la película.

El estado general de todas las paredes es **desgastado**, la pintura está desprendida por capas en varias partes, con especial énfasis en las zonas de mayor roce, como lo son las esquinas de la entrada a la sala.



ILUMINACIÓN

La sala de quemados cuenta con una pared con acceso a **luz natural**, la cual proviene desde una sala interior de doble altura, correspondiente a un pasillo de poco tránsito en la zona de Cirugía Ambulatoria. Ésta tiene dos ventanas, una pequeña en la sala de curaciones, y otra más grande en la sala principal de hospitalizados, la cual está obstaculizada por una lona negra por fuera, que impide el paso de luz solar de forma directa hacia el interior de la sala.

Además, la sala cuenta con iluminación artificial por **tubos fluorescentes de tono frío**, los cuales están agrupados de a 3 y apuntan directamente al suelo, llegando a ser una **molestia** para los niños recostados en las camas que se ubican directamente debajo de éstos. No es común que se mantengan encendidas todas las luces, usualmente solo se mantienen encendidas la mitad de éstas, o solo una.

El aspecto general de la sala es sombrío, con tonos más luminosos por el reflejo blanco de algunos muebles, contrastados por rincones en penumbra.

La enfermera a cargo me comenta que la sala le recuerda a una "cueva", por la diferencia de luz con el exterior.



TEMPERATURA

La sensación térmica de la sala es por lo general agradable, pero aumenta **considerablemente** en los meses más calurosos del año. Esto crea una diferencia de temperatura con la zona de Cirugía y Traumatología, y más aún con el exterior del edificio.

En los días de más calor, se mantiene encendido permanentemente un **extractor de aire**, ubicado justo a la entrada de la sala de hospitalización. La sala cuenta con dos ventiladores de aspas instalados, pero su uso está **prohibido** ya que la circulación de aire que crea el movimiento de las aspas puede provocar un **cruce de infecciones** entre niños.

"...todos dicen que es como una cueva, (...) de hecho si tu igual estás todo el día, al salir, tú de verdad allá afuera ves como la luz del día, aquí no llega en todo el día. Es pura luz artificial. (...) Dicen que estás encerrado. Pero es por la infraestructura más que nada."

04/10/16

"...se supone que el ventilador no se puede usar, porque (...) hay riesgo de infecciones, hay microorganismos que suben. Ponte tú, si a lo mejor si alguien tiene, si el niño tiene algún virus o algo, el niño de la 1, con el ventilador prendido puede que el niño de la 5 se lo pegue."

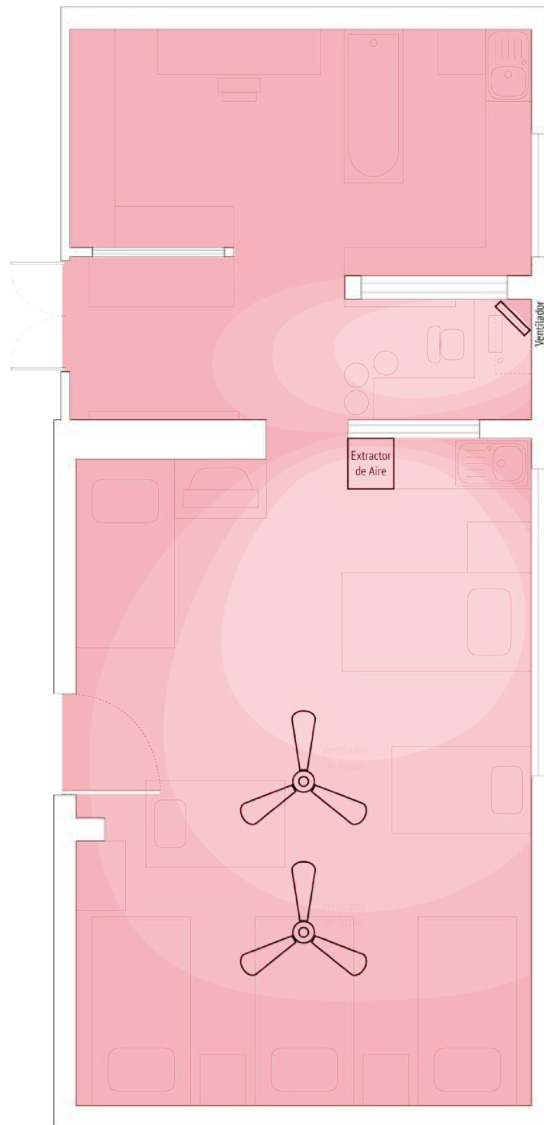
04/10/16

Natalia Rodríguez
Enfermera Jefe

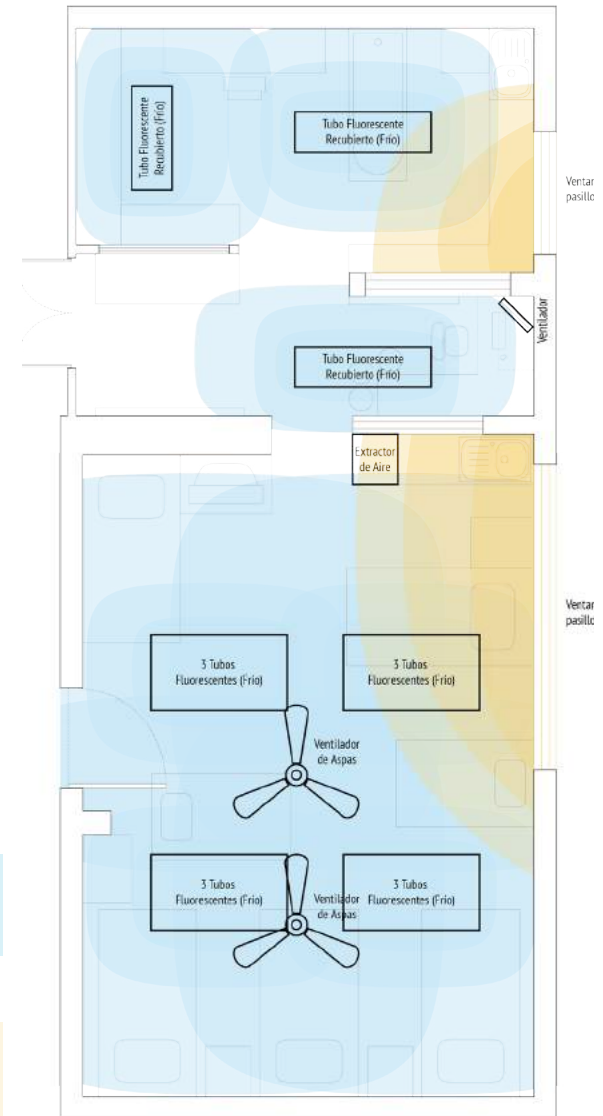


SALA COMO UN ECOSISTEMA

3. FLUJOS



Flujo de extracción de Calor



Flujo de distribución de Luz Artificial, Fluorescente fría

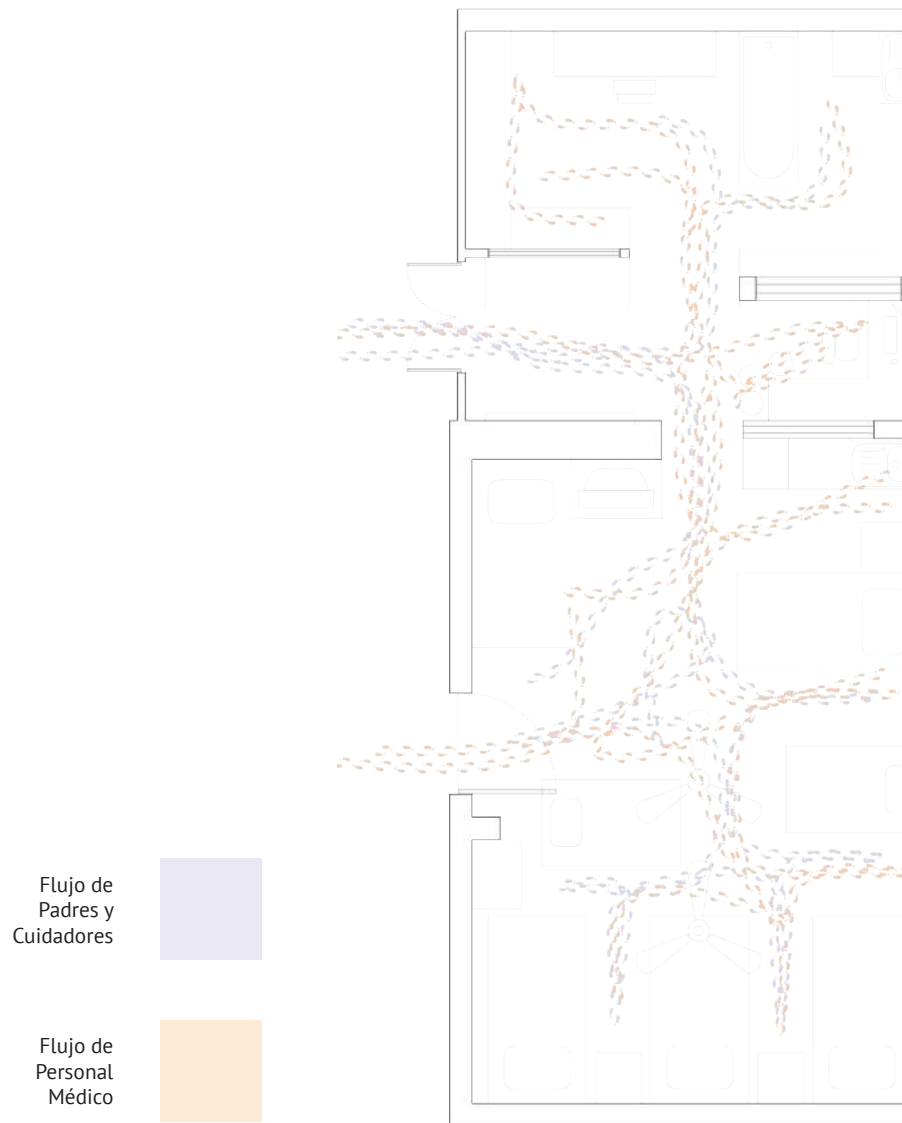


Flujo de entrada de Luz Natural



SALA COMO UN ECOSISTEMA

3. FLUJOS



SALA COMO UN ECOSISTEMA

4. PROCEDIMIENTOS

INGRESO

Los niños con quemaduras generalmente no llegan de forma directa a la Sala. Según como me explica Natalia, los casos pueden llegar desde la posta y esperar a entrar a pabellón, o pasar directamente por el pabellón desde la unidad de emergencia; “Ellos siempre ingresan por la puerta, entonces ahí les hacen la primera curación o pabellón, depende del porcentaje de quemado que tengan”.^[116] Todo esto dependiendo del cirujano de turno.

Si el porcentaje de quemadura del niño es menor a un 10%, puede ser recibido en la Sala de Quemados. Si es mayor a un 10%, o los resultados desde pabellón no son muy alentadores, son dirigidos hasta UPC, para pasar por cuidados críticos hasta que logran estar más estabilizados y, finalmente, entrar a la unidad.

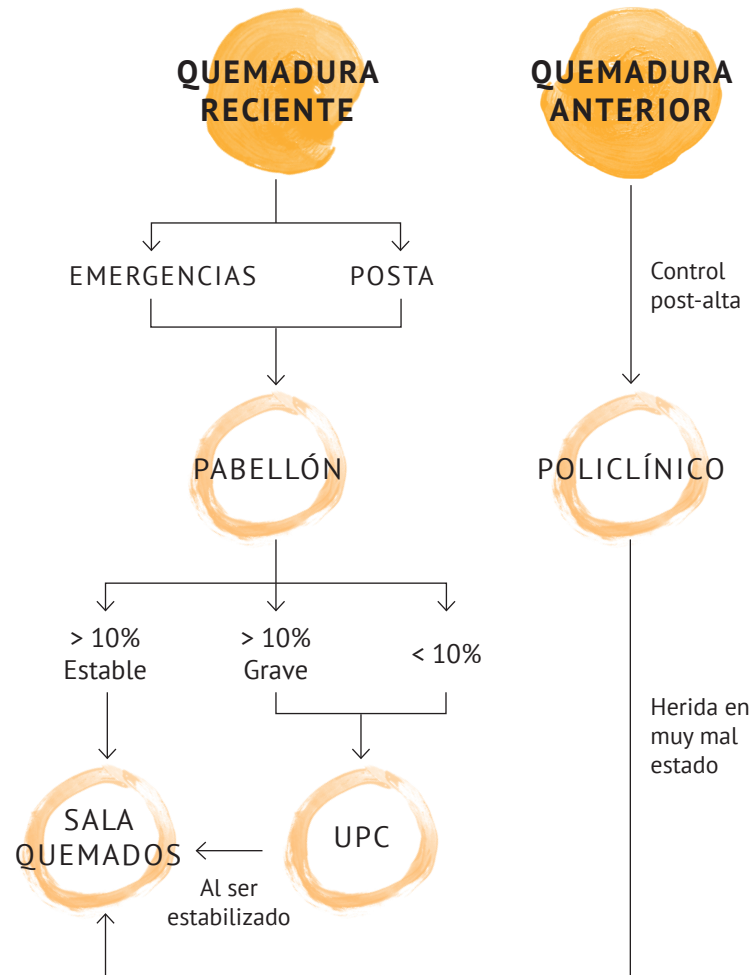
En resumen, el tratamiento y/o hospitalización de los casos más graves de quemaduras o por lo menos las etapas más agudas de cada caso, no transcurren realmente en esta sala, sino que los niños llegan cuando ya han presentado señales de mejoría, y/o su porcentaje de quemadura ya a bajado.

Además, cabe agregar que he observado varios casos de niños hospitalizados que **ya habían pasado por hospitalización** en la unidad, y habían sido dados de alta: pero debido a un mal cuidado de las heridas en casa, al volver a control rutinario en alguno de los policlínicos del hospital, han sido derivados de urgencia de forma directa a la Sala de Quemados.

“Aquí hay muchos niños que llegan infectados, porque no quedan al cuidado adecuado en su casa, y todo, y vuelven a ingresar. (...) Yo creo que es un tema de enseñarles, de educación. De enseñarles a ellos (los padres). Encargarse de que entiendan, porque no sacan nada con decirle si la mamá no entiende, a lo mejor la mamá le va a decir “Sí, sí, sí...”, pero si ella no entendió nada lo que le dijo...”

13/04/17

Ximena Ramírez
Técnico Enfermería



SALA COMO UN ECOSISTEMA

4. PROCEDIMIENTOS

CURACIONES

Tratamiento realizado en la sala de procedimientos de la unidad de quemados, o en pabellón de cirugía, el cual es **esencial** en el proceso de rehabilitación del niño. Comúnmente, a cada niño se le asigna una curación en sala una vez por semana (por lo general, los días viernes).

Las curaciones de niños quemados pueden ser de **dos tipos**; la primera es la que se hace en la **sala de procedimientos**, en la cual se limpia la herida, se diagnostica su progreso y se vuelve a cubrir con vendas. La segunda corresponde a un **ingreso a pabellón**, donde el niño es tratado en profundidad, bajo anestesia general.

Durante el proceso de las curaciones en sala, participan **todos los miembros** del equipo médico; la enfermera revisa la herida e indica los próximos pasos a seguir, según su estado de recuperación. Puede ser que indique el alta, una próxima fecha de curación, o una limpieza profunda en pabellón. La enfermera, a cargo del tratamiento, es la que **encabeza** este proceso, y es asistida y acompañada por un técnico y una kinesióloga.

COMIDA

La comida también es repartida a horarios fijos, y entregada en la estación de monitoreo. Después, los técnicos revisan los Planes de enfermería, para ver qué porción corresponde a qué niño, ya que todos pueden tener una dieta recetada diferente.

Debido a la naturaleza del proceso de rehabilitación de un niño quemado, casi todos los niños son tratados con una **dieta hipercalórica e hiperprotéica**. Ésto se debe a que durante el proceso de recuperación de la piel, se consumen muchas calorías, por lo que se busca favorecer este proceso.

CHEQUEOS

Los chequeos forman parte de la **rutina diaria** al interior de la unidad de quemados, los cuales se realizan en horarios previamente definidos, y en **complemento a la asistencia** y ayuda del personal en cualquier inquietud o imprevisto que suceda dentro de las salas.

Los más importantes son; el chequeo de **signos vitales**, realizado por un técnico, quien recorre la sala junto a una máquina móvil traída desde fuera de quemados, el **chequeo de actividad**, donde se le pregunta a los papás o cuidadores del niño las veces que ha ido al baño y sus resultados, y si es que ha comido según su dieta y horarios.

De forma menos frecuente, la enfermera debe chequear el estado de una vía de administración del tratamiento farmacéutico del dolor, al sospechar que se ha tapado, impidiendo el paso de la

dosis. Si ese es el caso, ella es la encargada de destapar la vía, procedimiento algo complicado para los niños.

REMEDIOS

Los remedios son repartidos y entregados a la enfermera un poco antes de cada hora de tratamiento. Éstos son de dos formas; como **pastillas**, siendo cada dosis entregada en una bolsita individual, o en forma **líquida**, cada dosis entregada dentro de una jeringa plástica sellada.

Por lo general son entregados a los papás por los técnicos, a excepción de las jeringas, las cuales son inyectadas por **vía endovenosa** a los niños, o administradas por vía oral. Ésta medida a veces es utilizada en los casos que el paciente no puede ingerir pastillas, o las **rechazan**.

Después de terminar las entregas, éstas son **registradas** en cada uno de los Planes de enfermería de cada niño por la enfermera a cargo.

¿? ¿ENTONCES TÚ ERES LA CABEZA EN LAS CURACIONES?

"Claro, yo soy la que hace la curación, me asiste la técnico y la Kine ya después hace lo último. Y cuando yo estoy adentro en la curación, tengo que llamar al doctor para que vea, y él dice: "Ya, está bien, se va de alta", o "Ya mira, aplícale, échale tal cosa, pónle esto y esto. Si lo curamos hoy, día Lunes, lo volvemos a curar el día Jueves", o "Pucha mira está feo, así que vamos a ver lo antes posible para pasarlo a pabellón". Aquí es todo un trabajo en equipo."

16/11/16

Natalia Rodríguez
Enfermera Jefe



¿? ¿CÓMO SE LO PUEDEN EXPLICAR?

"Es que es un poco difícil, porque al final los niños no saben, tú le dices "Es que te voy a cambiar le parche"; "¿Parche?" "Es que te voy a limpiar el catéter"; "¿Catéter? ¿¿Limpiar?!" para ellos, ¡limpiar es bañarse! Entonces, de partida ya, "Espérame que esto NO te va a pinchar". Pero ven la aguja y "¡aHH me va a pinchar! ¿Y porqué me deja la aguja dentro?" Y la aguja no está dentro. Entonces son cosas que como que es difícil de explicarle a un niño, y dicen "¿Por qué me está pinchando de nuevo?!" y claro, les destapas una vía y eso para ellos ya es difícil."

13/04/17

Silvia Acosta
Enfermera



"Los medicamentos orales casi siempre tocan a las 3. La bebé de la (cama) 2, en la mañana se había sacado la sonda, porque tenía una sonda. Entonces le di como la opción de ver si se alimentaba bien, si no. Pero los medicamentos me los escupía todos. Pero ella tiene que recibir los medicamentos, y la única forma es por la sonda."

16/11/16

Natalia Rodríguez
Enfermera Jefe



SALA COMO UN ECOSISTEMA

5. ESCENARIOS

INTRODUCCIÓN

Durante la estadía de una familia al interior de la Unidad de Quemados, suceden varios eventos en el día a día, que marcan de alguna u otra manera su experiencia en el hospital. A partir de éstos, y de actividades más rutinarias, es como se conforman los diferentes escenarios en los que se desenvuelven todas las personas de la sala.

INGRESO A LA UNIDAD

Es uno de los grandes impactos emocionales por los que pasa el niño y su familia. Una vez llegado el niño a la sala, generalmente no para de llorar de forma desconsolada, a pesar de los intentos de su compañía o del equipo médico. El llanto, acompañado de mucha angustia, hacen que el niño no se quede quieto, y no quiera colaborar, lo que representa varios riesgos, como el de caerse de la cama o dañar su herida, como también un obstáculo para cualquier tratamiento, control rutinario o administración de algún tipo de dosis, llegando incluso a rechazar la comida por un tiempo. El estado inconsolable del niño también afecta todo lo que le rodea; el ambiente acústico se llena de sus llantos y llamadas en búsqueda de mamá, además de angustiar a su familia y al equipo de la sala. El arribo en la sala representa un lugar desconocido, totalmente extraño para el niño, del cual no puede salir y está encerrado por un largo tiempo. Por otra parte, el equipo médico me ha comentado que los papás también pasan momentos de desesperación, aún muy choqueados por el accidente del niño, y con sus prioridades puestas en atenderlo en todo lo posible y “ver cómo está”, por sobre escuchar al equipo médico y sus protocolos de cuidado.

HOSPITALIZACIÓN EN CAMA

Es el período de recuperación más largo en el proceso de rehabilitación, donde el niño debe hacer reposo en cama, con cuidado de no apoyar las zonas afectadas por la herida, proteger los vendajes y/o mantener su(s) brazo(s) o pierna(s) en alto. En esta etapa, el niño puede presentar diversos ánimos y/o conductas:

Por lo general, se encuentran en un estado semi-activo, con ganas de jugar con otros y curiosos a lo que y quiénes están su alrededor. Se entretienen con juguetes que les traen sus papás, o ellos les prestan celulares, tablets o computadores para que vean videos o jueguen. De todas formas se aburren y buscan más formas de pasar el tiempo. Es en este estado de ánimo cuando el equipo tiene más cuidado de amarrarlos si están solos, para que no se caigan de la cama. Además, los papás intentan atenderlos

con comida, limpieza, peinados, etc.

De manera muy frecuente, el niño puede estar mañoso, ya sea por falta de sueño, mal descanso, hambre por ayuna, aburrimiento, añoro de tener a su mamá cerca, o incomodidad por los amarres, inyecciones, controles o vuelta de pabellón. Éste ánimo se traduce en que el niño no quiera cooperar con los controles, no escuchar las indicaciones de su mamá o equipo, rechazar fuertemente las dosis de remedios y/o todas las comidas y leche. No tan frecuentemente, los niños duermen profundamente, generalmente con sueño inducido o influenciado por el tratamiento farmacéutico del dolor, rutinario o reminiscencia de la anestesia general de pabellón, sin descartar el agotamiento propio de jugar y llorar, y la falta de sueño. Ésto se acentúa principalmente en los bebés hasta el año y medio aproximadamente.

Por lo general, se encuentra solo un papá dentro de la sala, quien atiende al niño, prueba si quiere comer, ordena su cama y lo pasea en brazos constantemente. Mientras tanto, el otro familiar sale para desayunar, almorzar o comer algo, ducharse, hacer trámites, comprar implementos de aseo necesarios, buscar ropa u otros elementos a su casa, descansar, despejarse, cambiar de turno, etc.

PROCEDIMIENTOS

Luego, están los momentos marcados por la preparación previa a un procedimiento médico, y la llegada de vuelta a la sala posterior a éste, ya sea hacia una cirugía en pabellón, o curaciones en la sala de procedimientos. Ambas instancias tienen algo en común; el niño y los papás se ven frente a un momento incierto, que los llena de dudas, temor y/o inseguridad.

Antes de una cirugía, los niños son premedicados con fármacos para el dolor, lo que los adormece para prepararse a la entrada a pabellón. Verlos en este estado choca a los padres, a lo cual se añade también la angustia de cuál será el resultado de la cirugía, ya que es clave en el tratamiento de la herida y determina cuántos días de estadía le quedan al niño, según la evolución de la herida que observen los doctores en pabellón.

Generalmente, cuando el niño es llevado a cirugía, los padres salen o se quedan en la sala, y a veces encuentran en esta instancia el momento de desahogarse. Es entonces cuando las mamás lloran, a veces desconsoladamente, descargando todo su miedo, culpa y rabia. Si bien el equipo médico muestra su apoyo, también reciben apoyo por parte de los otros padres presentes en la sala.

Posteriormente, los momentos después de terminada la cirugía

SALA COMO UN ECOSISTEMA

5. ESCENARIOS

se hacen eternos para los papás, quienes deben esperar mientras el niño está en recuperación, sala donde descansan aislados, en observación ante cualquier complicación posterior a despertar de la anestesia general. En esta espera los papás preguntan al equipo médico constantemente por el estado de su hijo, sus resultados y otras dudas sobre el tratamiento. Aquí también cabe agregar que varios son los papás que se preguntan estos temas entre sí, comparando los casos de sus hijos y qué han conversado con los doctores.

Otro punto crítico es cuando llega de vuelta el niño a la sala. Después de esto, el doctor se acerca a la mamá y hablan de forma apartada (a veces en la puerta de la estación de enfermería, o afuera en el pasillo de Cirugía y Traumatología) para contarle y explicarle de lo que trató el procedimiento y qué observó de la evolución de la herida.

Finalmente se encuentran las curaciones semanales al interior de la sala de procedimientos. El impacto emocional que éstas implican, se inclina más hacia los niños, quienes al recordar el dolor de curaciones anteriores, rechazan fuertemente participar de las próximas.

ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

Es cuando el niño ya se ha recuperado lo suficiente como para salir de hospitalización, y seguir su tratamiento en casa.

Los papás preparan todas sus pertenencias, y luego se dirigen a la estación de enfermería para recibir todas las indicaciones necesarias para el cuidado del niño y su herida en casa.

Se ha detectado, y conforme a lo que también ha sido comentado por el equipo médico, que existe un alto retorno de los niños a la sala para ser **nuevamente** hospitalizados, debido a una mala adhesión al tratamiento por parte de los padres, quienes por no seguir las indicaciones correctamente, lo descuidan y esto resulta en que la herida se ha infectado, a empeorado en apariencia o se ha profundizado.

Cabe agregar, que este hito marca el fin de la estadía del niño en la Unidad de quemados, pero no de su tratamiento en el hospital, ya que después comienzan los controles y curaciones periódicas.

"Los niños cuando van a cirugía, después están un mínimo de una hora en recuperación, para ver si cuando despierta hay vómitos, etc. Después vuelven a la sala."

29/03/17

"Después de cirugía, los doctores son los que dan las noticias y explican todo lo que le hizo en el procedimiento a los papás, aquí en la sala. Si el doctor no puede, yo les leo lo que deja anotado en la ficha del niño."

29/03/17

Natalia Rodríguez
Enfermera Jefe



Nuevo Edificio, NUEVA SALA

INTRODUCCIÓN

El Hospital Exequiel se trasladará completamente hasta nuevas instalaciones, ubicadas cerca del Hospital Barros Luco, cambio planificado para fines del 2017.^[117]



NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

1. SEÑALÉTICA

En el nuevo edificio, se implementó una nueva señalética que recorrerá todas sus instalaciones. En primera instancia, se les asignó a los cinco pisos del hospital, cinco hábitats característicos de la geografía de Chile, ordenados según su distribución territorial. De esta manera, dentro de cada piso, se le asignó un ícono a cada servicio según la zona geográfica que le corresponde.



Claudio del Canto, explicando lo nueva señalética a un grupo de visitantes del Exequiel, durante el inicio de un recorrido al nuevo edificio.



Letreros de orientación al costado de la salida de cada ascensor. En este caso, del tercer piso.



Letrero colgante de orientación en medio de un pasillo del tercer piso.

NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

1. SEÑALÉTICA

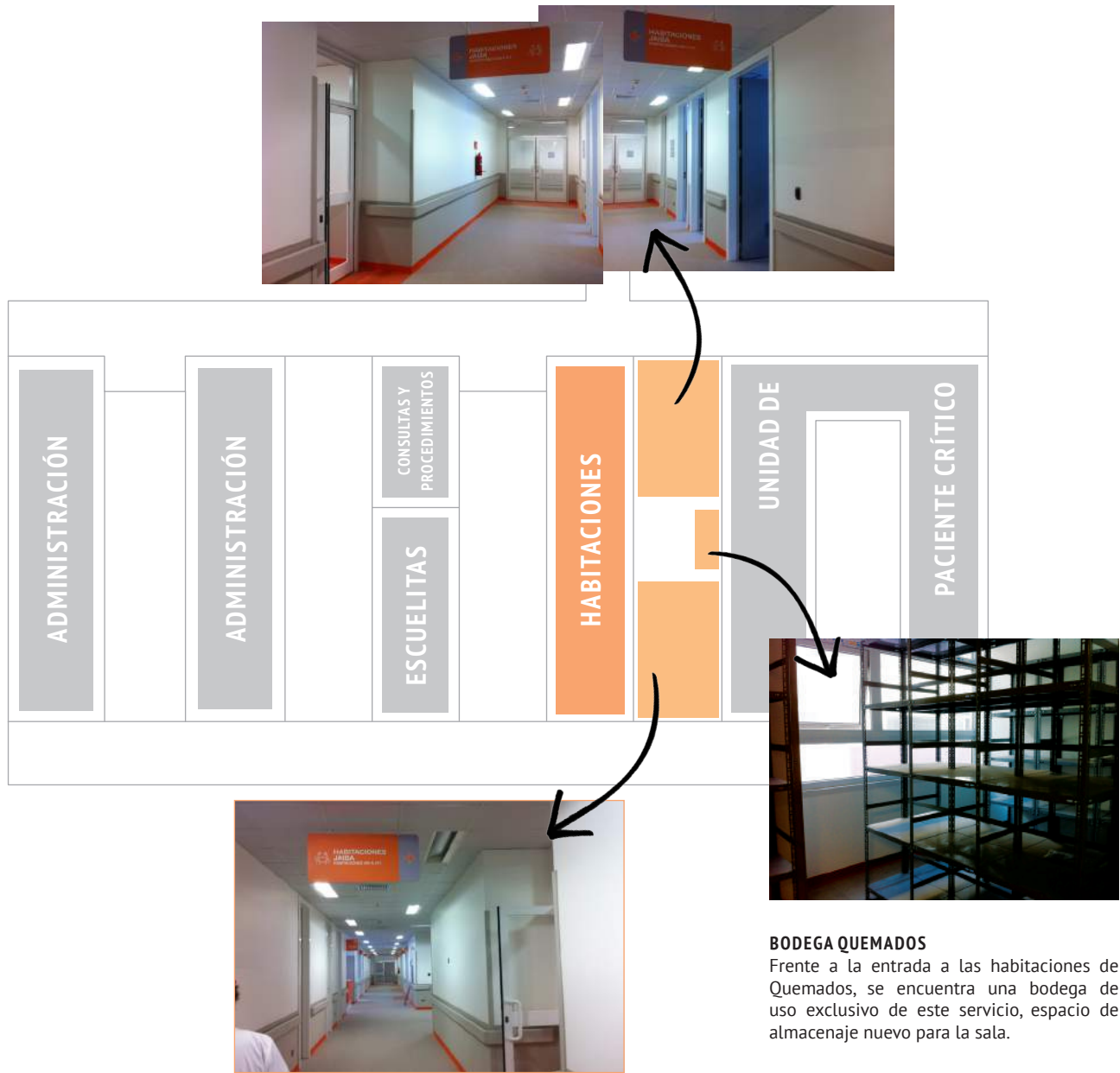
El cuarto piso tendrá una zona de Administración, una de Consultas y Procedimientos, la Escuelita del Hospital, la Unidad de Paciente Crítico y las Habitaciones Jaiba.

La nueva sala de Quemados corresponderá a las **Habitaciones** N° 409, 410 y 411, dentro del módulo Ñ, en el cuarto piso correspondiente a Playa.



NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

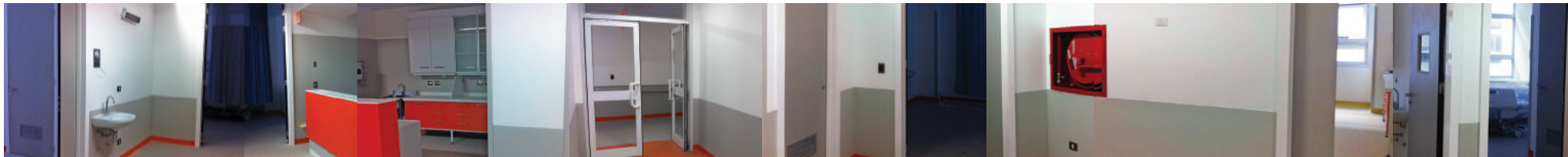
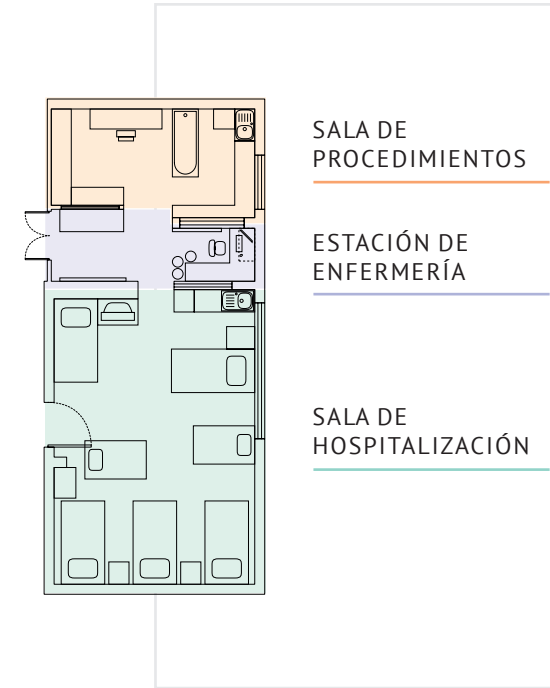
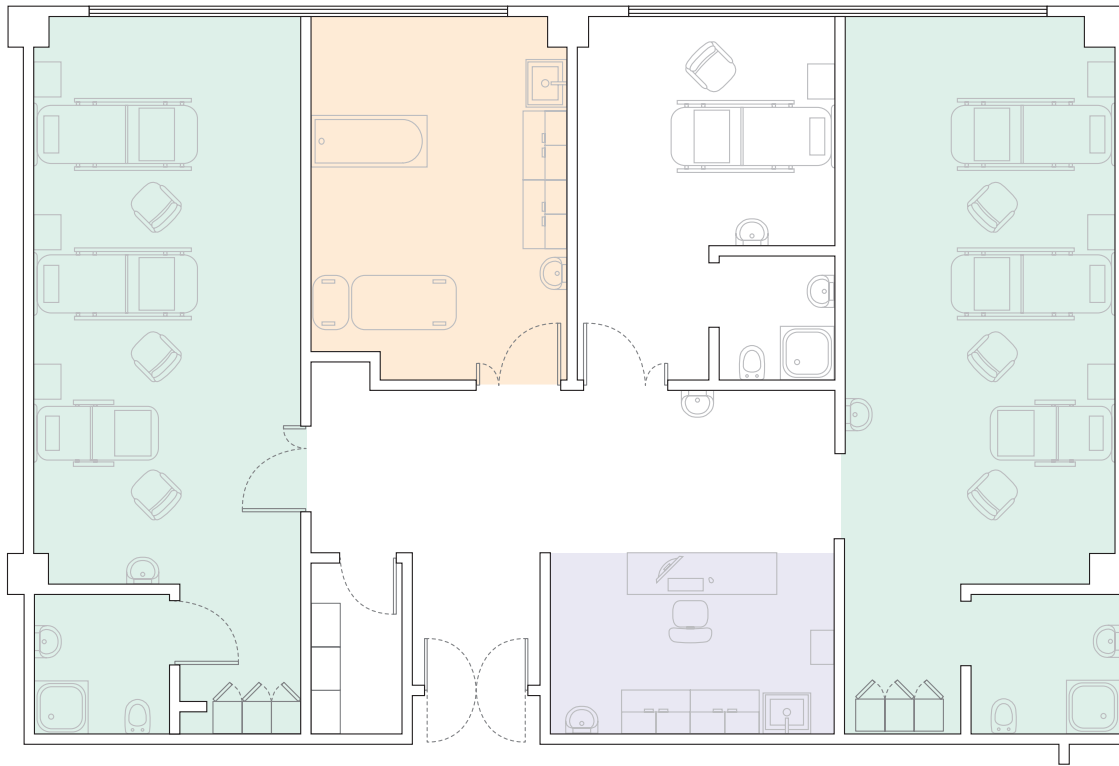
2. ESTRUCTURA



BODEGA QUEMADOS
Frente a la entrada a las habitaciones de Quemados, se encuentra una bodega de uso exclusivo de este servicio, espacio de almacenaje nuevo para la sala.

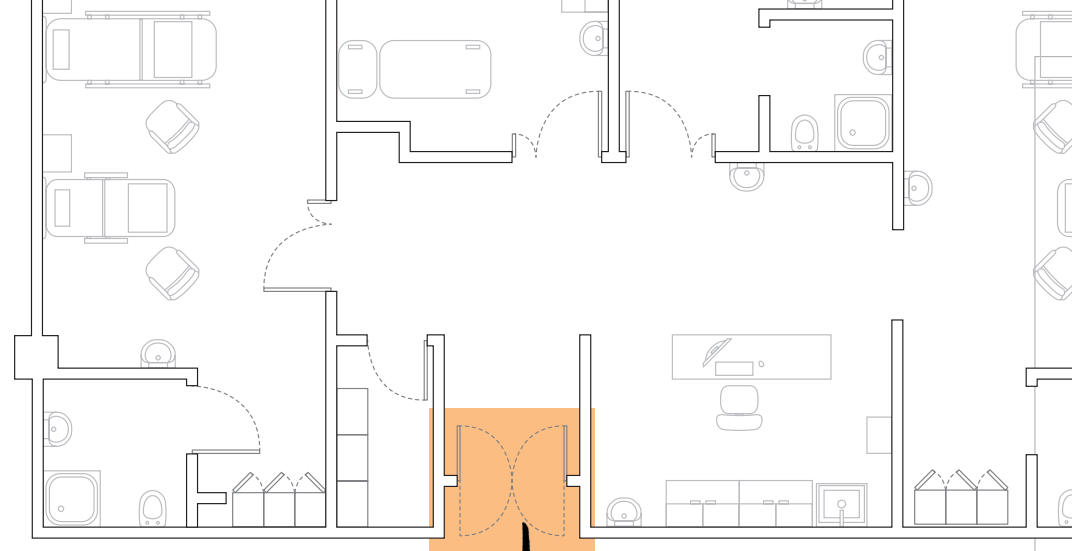
NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

2. ESTRUCTURA



NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

2. ESTRUCTURA



PUERTA DE ENTRADA

La entrada a las Habitaciones de Quemados, accesible desde el pasillo Jaiba, está delimitada por un par de puertas con vidrio transparente. Además, el piso de la entrada está marcado con naranja, al igual que los muebles, color que identifica esta zona. Esta entrada da paso a un pasillo común que conecta con todas las salas de esta zona.

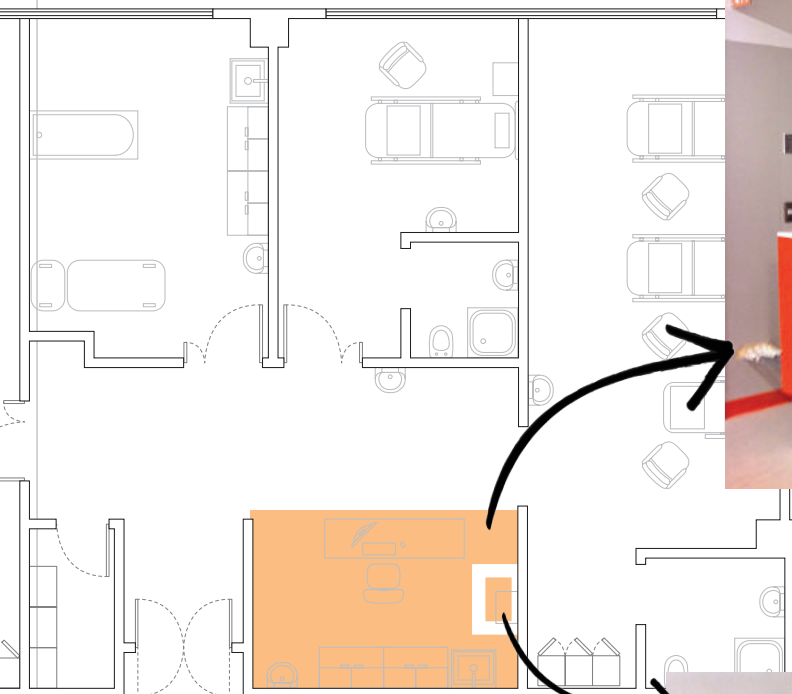
ESTERILIZACIÓN

Según me comenta Diego Navarrete Bastías, prevencionista del Área Medioambiente, durante una de mis visitas guiadas al nuevo edificio: *"...todas las paredes tienen un recubierto anti-bacteriano. También todos los muebles"*. Ésto incluye la pintura de color blanco de fondo y el recubrimiento gris de media pared.



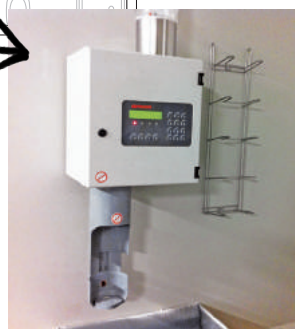
NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

2. ESTRUCTURA



ESTACIÓN DE ENFERMERÍA

La nueva estación de monitoreo del personal médico se encuentra conectada al pasillo central, a un costado de la puerta de entrada, a diferencia de su actual disposición como puerta de acceso a la unidad de Quemados. La estación dispone de un mesón de atención, y con bastante espacio para almacenamiento y organización de todo el material necesario al alcance de la mano.



CORREO NEUMÁTICO

Además, la estación tiene un punto de comunicación de correo neumático, sistema el cual se utiliza actualmente en varios hospitales alrededor del mundo, con diversos fines, como la entrega de muestras, dosis de medicamentos, información interna, etc.

NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

2. ESTRUCTURA

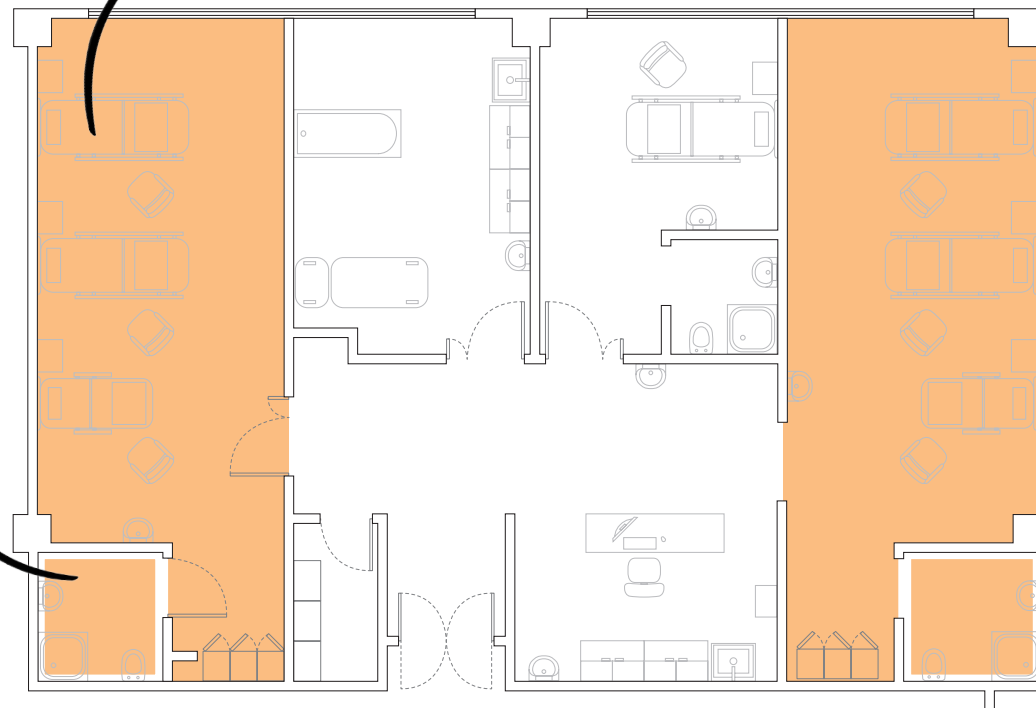
BAÑO PACIENTES

Cada sala de hospitalización cuenta con un baño justo enfrente de la puerta de entrada. Cada uno cuenta con ducha propia, y como demuestra Diego Navarrete, un sistema de iluminación que se enciende y apaga automáticamente al detectar la entrada y salida de una persona a su interior.



SALAS DE HOSPITALIZACIÓN

Se habilitarán dos salas para niños quemados en rehabilitación, cada una con una capacidad de tres camas. Están dispuestas a cada extremo del pasillo central, su distribución siendo un espejo de la otra. Cuentan además con un acceso a luz natural, el cual es a través de una ventana con medidas especiales de seguridad para su apertura y cierre. Cabe destacar, que esta ventana mira hacia un patio interior del edificio, y no recibe luz solar directa en ningún momento del día.



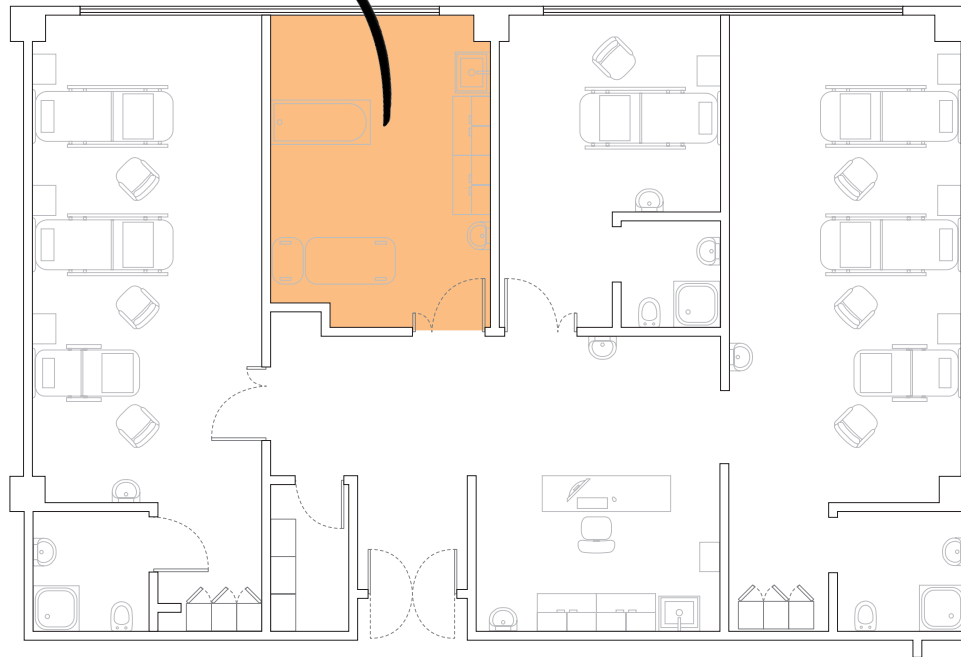
NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

2. ESTRUCTURA



SALA DE PROCEDIMIENTOS

La nueva sala donde se realizarán los procedimientos de limpieza y cuidado de las heridas, cuenta con cañerías de agua y desagüe, y espacios de almacenaje para los suplementos. También cuenta con acceso de luz natural, y el suelo está recubierto con un piso anti-deslizante de color amarillo.



NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

2. ESTRUCTURA



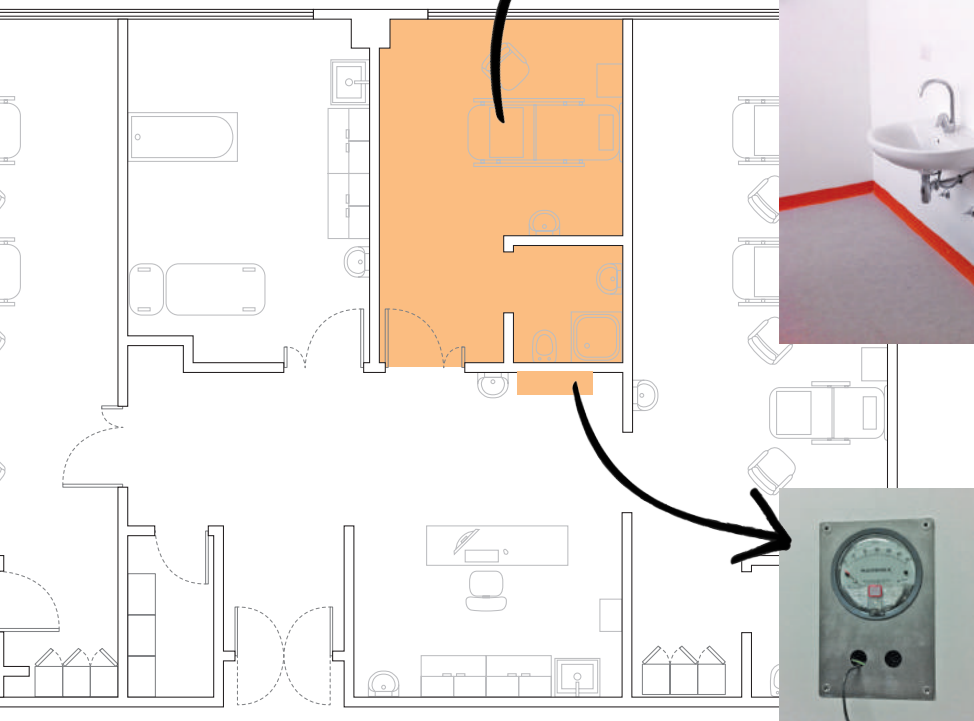
SALA DE AISLACIÓN

Por primera vez, la sala de Quemados contará con una sala exclusivamente para casos vulnerables, donde podrán estar hospitalizados de forma aislada al resto. Esta nueva alternativa será especialmente útil en los casos de grave riesgo de infección de heridas. Esta sala, de tamaño similar al de la sala de procedimientos, cuenta con un lavamanos en la entrada, y su puerta está enfrente de la estación de enfermería.



VENTANA SALAS

La vista de todas las ventanas de las Habitaciones son similares a ésta: miran hacia un patio interior. Cabe destacar que este patio es casi de la altura total del edificio, lo cual se traduce en que muchas otras ventanas, de todos los pisos, se conectan a éste.



CONTROL DE PRESIÓN

También se contará por vez primera con un control exacto de la presurización del interior de las salas.

NUEVO EDIFICIO, NUEVA SALA

2. ESTRUCTURA

En conclusión, la nueva sala contará con las siguientes características y adiciones a lo que está en uso actualmente, considerando también los cambios que supondrá su uso y qué necesidades de la antigua sala no está satisfaciendo.

BENEFICIOS

SALA DE AISLAMIENTO

Actualmente no es posible aislar un niño con gran riesgo de infección

BAÑOS PRIVADOS

Actualmente no se cuenta con un acceso directo a baños

DUCHAS PROPIAS

ACCESO A LUZ NATURAL TODAS LAS SALAS

La luz natural es clave en el bienestar de las familias durante hospitalizaciones de larga duración

BODEGA PROPIA

TODOS LOS CUPOS SON CAMAS

Actualmente 2 cupos corresponden a cunas por falta de espacio

CORTINAS PARA CADA CAMA

SUELO ANTI-DESLIZANTE EN SALA DE PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE PRESURIZACIÓN

LUCES AUTOMATIZADAS

CAMBIOS

ENTRADA SIN CONTROL DE ESTACIÓN ENFERMERÍA

Actualmente, para ingresar a Quemados es necesario pasar a través de enfermería. En la nueva sala, es posible acceder sin este paso previo

PUERTA VISIBLE HACIA DENTRO

PAREDES BLANCAS

SEPARACIÓN DE LA SALA HOSPITALIZACIÓN EN 2

Actualmente todas las familias comparten el mismo espacio, por lo que deben convivir y también conocerse. La nueva sala solo permite la convivencia de 3 familias por sala como máximo

BAÑOS PRIVADOS

CORTINAS PARA PRIVACIDAD

NECESIDADES/POSIBLES CARENCIAS

SALA DE DESCANSO PARA PAPÁS

Actualmente no existe un espacio de acogida para los papás en la sala, donde puedan descansar, dormir y/o recibir algún tipo de ayuda o apoyo psicológico profesional, y no se evidencia este espacio en la nueva sala

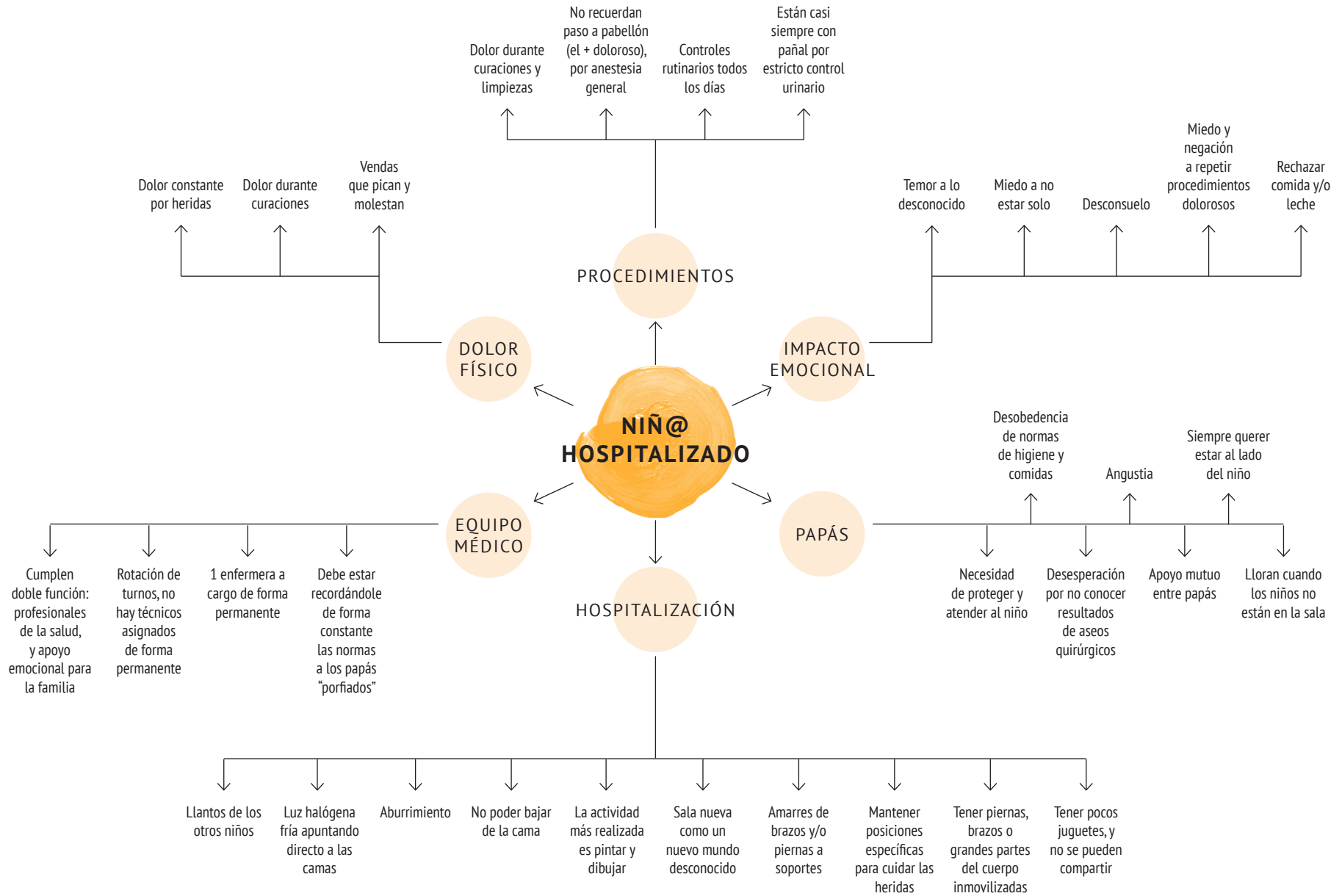
PIZARRA DE TODOS LOS NIÑOS EN SALA

BARRA PARA COLGAR FICHAS DE PACIENTES

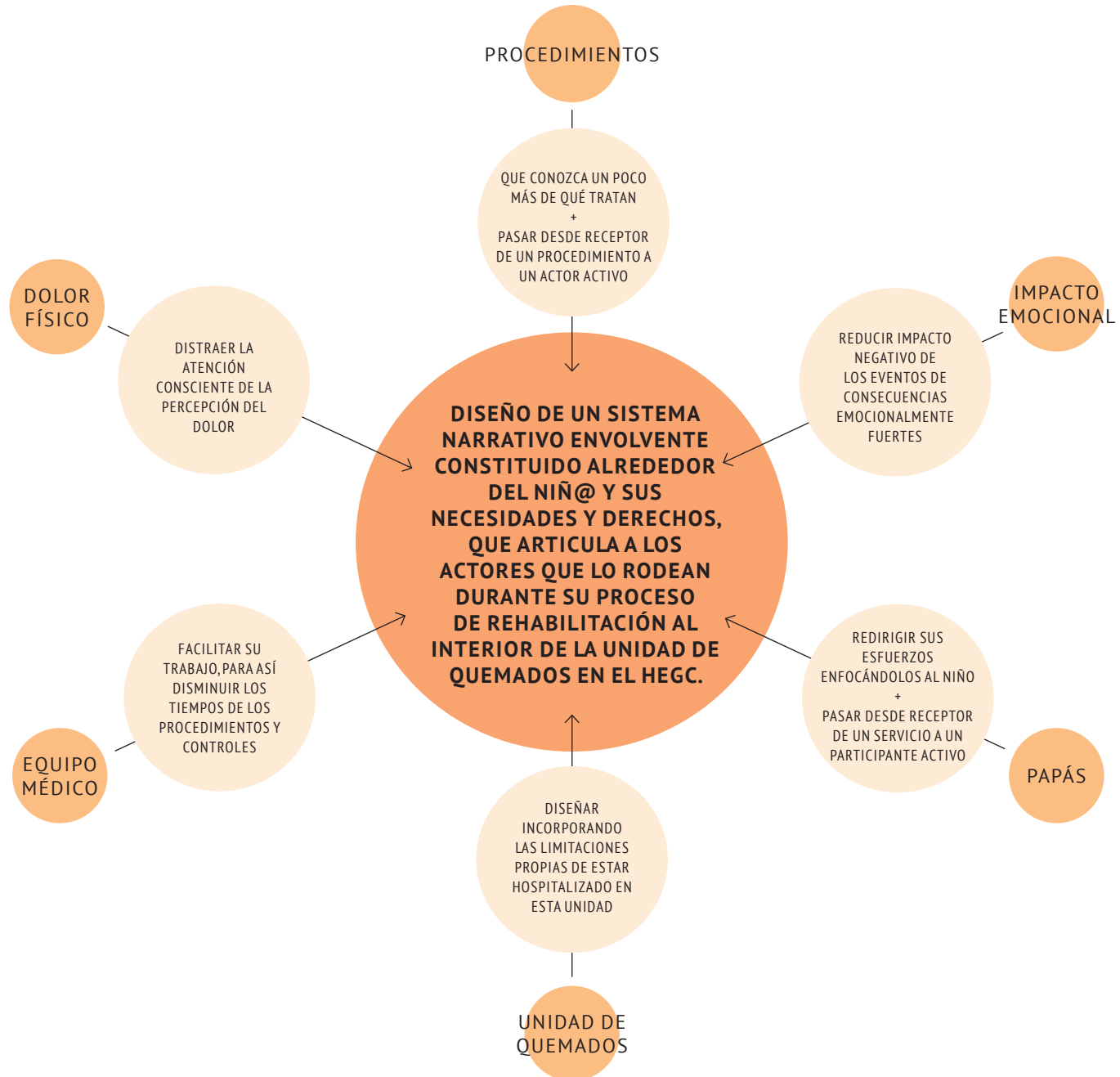


Opotunidad de Diseño

SÍNTESIS DE OBSERVACIONES CLAVE



OPORTUNIDAD DE DISEÑO



OPORTUNIDAD DE TESTEO

Una vez detectada la oportunidad de diseño, se detectó una segunda oportunidad; la oportunidad de trabajar y testear en la misma sala a la que se dirigiría el proyecto, y con el mismo personal médico que luego se hará cargo de la nueva unidad de quemados, en el nuevo edificio. Esta oportunidad me permitió visitar continuamente el hospital, y con ello llevar y probar diferentes prototipos que fui desarrollando a medida que los revisaba en conjunto al equipo médico de la unidad. Ésto también me permitió conocer a sus integrantes en persona, y también a muchos de los niños y sus familias durante sus estadias en hospitalización.

Por otra parte, en el contexto del nuevo edificio del Exequiel, existen actualmente varios proyectos de diseño en desarrollo, uno de los cuales es *Viaje Submarino*. Éste es un antecedente al proyecto ya que propone un nuevo envolvente narrativo para la sala de toma de imágenes por rayos X. (*Antecedente 1: Viaje submarino*)

ANTECEDENTE 1: VIAJE SUBMARINO

Caracterización de la Sala de Rayos X en el nuevo edificio del Hospital Exequiel. Con la temática de la Zona Austral de Chile, abordará todas las habitaciones involucradas en la toma de Rayos. (Sánchez, 2016)^[118]



Ilustración para mural de pasillo próxima sala de Rayos X



Mural sala de recuperación



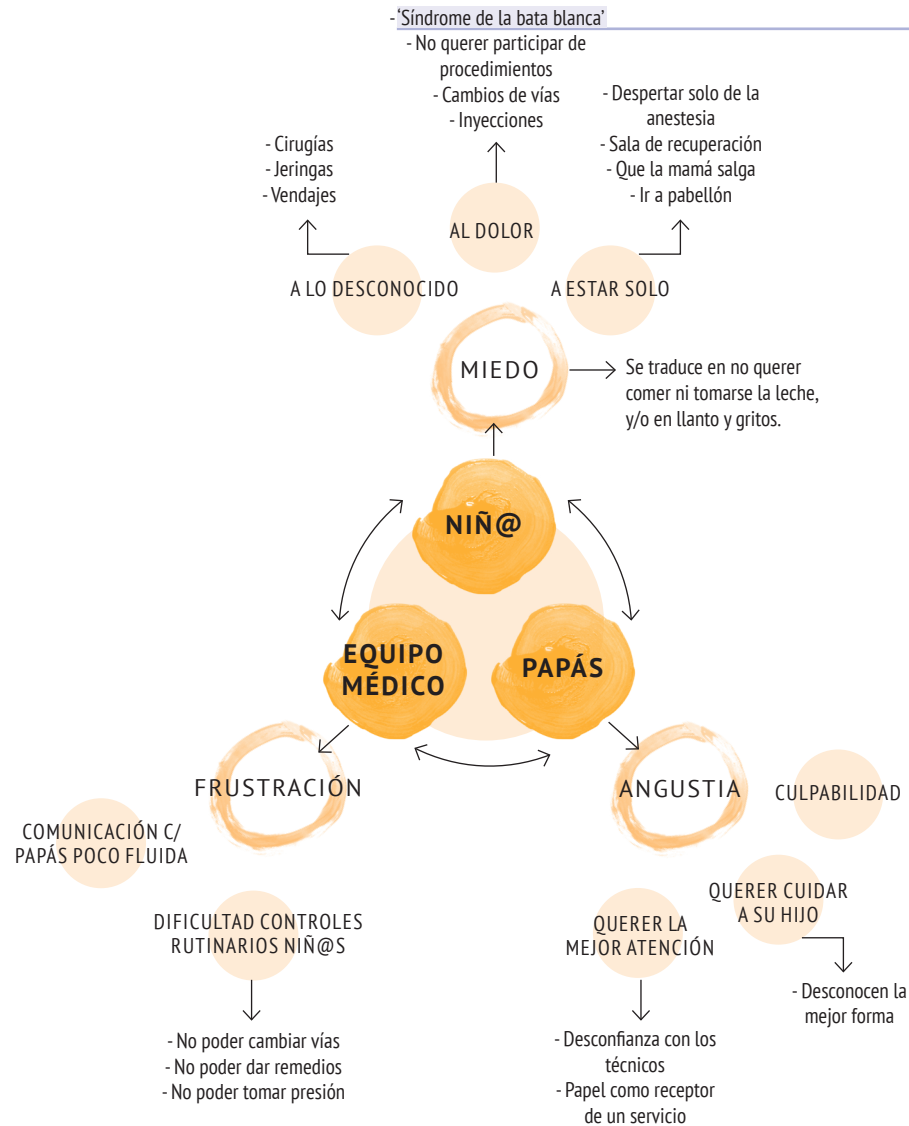
Mural sala de scanner



Desarrollo

FOCOS DE INTERVENCIÓN

ESTADOS EMOCIONALES EN ACTORES HUMANOS



"Los niños quedan asustados. Le agarran miedo a la gente. Es el "síndrome del delantal blanco"; (...) síndrome de los niños que le tienen miedo a la gente de salud. O a cualquiera que use uniforme de delantal blanco.

13/04/17

Ximena Ramírez
Técnico Enfermería



FOCOS DE INTERVENCIÓN

DIRECTRICES DEL PROYECTO

1 POSICIONAR AL NIÑ@ COMO NÚCLEO

Plantear al niñ@ hospitalizado como el punto central hacia el que apuntan todos los aspectos del proyecto.

2 NIÑ@ COMO PROTAGONISTA DE SU REHABILITACIÓN

Integrar al niñ@ como participante de su propio proceso de rehabilitación, y no como un personaje ajeno pasivo.

3 CONSOLIDAR A LOS ACTORES EN POS DE UN OBJETIVO EN COMÚN

Enfocar los esfuerzos de los actores humanos que se encuentran al interior de la sala hacia la recuperación del niñ@.

4 MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE ACTORES

Crear nuevos enlaces, o reforzar los existentes, que promuevan la comunicación entre los padres y los integrantes del equipo médico.

5 PROMOVER LAS BUENAS PRÁCTICAS

Fomentar los hábitos de los padres y niñ@s que son beneficiosos para la rehabilitación y el buen ambiente de convivencia de la sala.

6 AMENIZAR LA ESTADÍA DEL NIÑ@, Y EN CONSECUENCIA, PARA EL

RESTO DE LOS ACTORES

Proyectar intervenciones que alivien los niveles de estrés y ansiedad del niñ@, los cuales tienen una relación directa con el estado de ánimo de sus acompañantes, y con la fluidez para llevar a cabo controles y procedimientos del equipo médico.

7 ¿QUÉ ES LO MEJOR PARA EL NIÑ@ QUEMADO?

Diseñar enfocándose en características que benefician al niñ@ gran quemado, e incorpora interacciones que son exclusivas al tratamiento de esta condición.

8 ENFOQUE EN UNIDAD DE QUEMADOS

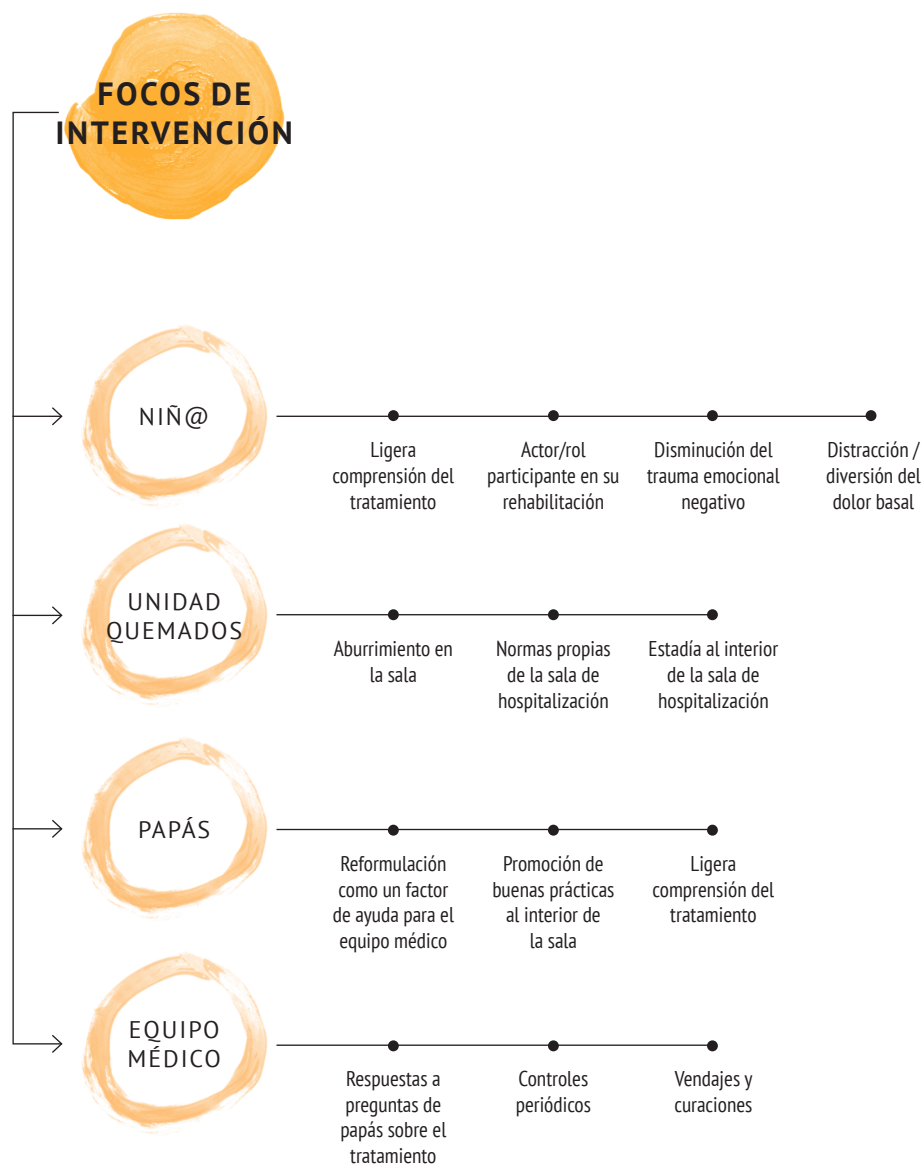
Diseñar enfocándose en la estadía del niñ@ en la unidad, desde que entra a la sala hasta que le dan de alta.

9 TRABAJAR CON RECURSOS Y LIMITACIONES ACTUALES

Diseñar pensando en los recursos disponibles que posee la unidad de quemados actualmente, y considerando los límites que presentan sus normas y protocolos de funcionamiento.

DESARROLLO CONCEPTOS

INTRODUCCIÓN



DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

ENFOQUE ÁMBITO

En primer lugar, comencé por un nuevo concepto: la adición de un elemento nuevo al conjunto de factores actual de la sala, el cual materializara interacciones que fueran útiles para trabajar con los niños, y a la vez fuera un puente de comunicación entre el equipo médico, los papás, y el niño. De esta forma, este nuevo elemento abriría la puerta a nuevas interacciones entre actores. En segundo lugar, este nuevo elemento tendría apariencia similar al niño, para externalizarlo y que éste a su vez se proyecte a sí mismo en el elemento, para permitir la enseñanza y explicación de procedimientos médicos, sin tener que dirigirse necesariamente al propio cuerpo del niño, sino que a través del nuevo elemento.

DEFINICIÓN

La primera formulación de este nuevo elemento fue la de un muñeco de tela (ya sea una niña, niño, pirata, sirena, etc.) que se entrega de manera individual a la familia, de forma permanente o pasajera. Éste tendría forma humana, similar a las proporciones del niño, para poder representar correctamente, por ejemplo, un aseo quirúrgico, pero ligeramente caricaturizadas. De esta manera, el muñeco sería un compañero de hospitalización, otro niño.

Para definir la forma de este muñeco, me basé fuertemente en el antecedente de la línea de muñecas American Girl. Esta marca se especializa en ofrecer una línea de muñecas que incluye varias de las condiciones médicas crónicas que puede padecer una niña pequeña, con el objetivo que ésta pueda verse realmente reflejada en su muñeca. Entre los ejemplos de ésto se encuentra la opción de personalización de muñecas, que incluye pedidos sin pelo desde fábrica, o la instalación de audífonos retroauriculares, la venta de kits de accesorios para diabetes, entre otros. (Antecedente 2: Muñecas American Girl)

FUNCIÓN

El objetivo principal del muñeco sería ser un canal de comunicación entre los diferentes actores de la sala:

- 1 Niñ@ → Profesional de Salud: El niño puede usar el muñeco para indicar al personal médico dónde le duele algo. Especialmente en el caso de niños que no desean hablar, se podría plantear un medio de comunicación alternativo que le permita al profesional de la salud saber qué pasa por la mente del niño. Un referente para este tipo

ANTECEDENTE 2: MUÑECAS AMERICAN GIRL

"American Girl" es una marca basada en la venta de muñecas para niñas, pero también abarca otros servicios como la venta de libros, realización de campañas, revistas y blogs para niñas, entre otros. Esta empresa "se enorgullece de contar con una de las más inclusivas y diversas selecciones de muñecas de hoy en día. Desde el comienzo, nuestra meta ha sido crear muñecas e historias que actúen como espejos y ventanas - entregando a niñas la oportunidad de ver un reflejo directo de ellas mismas, o de aprender sobre una vida o cultura que quizás sea muy diferente a la suya propia."^[119]

Dentro de su línea de muñecas, ofrecen una variedad de muñecas personalizadas y kits de accesorios, que involucran condiciones médicas. Algunos ejemplo de éstos son:^[120]



Audífonos retroauriculares



Muñeca sin pelo



Monitor de Glicemia



Kit Diabetes Tipo I



Silla de ruedas



Perro guía

Un ejemplo del contexto al que una muñeca de estas características puede incorporarse es al de niñas pequeñas en tratamiento de quimioterapia contra un cáncer:

"Nylabel y su muñeca American Girl llamada "Bel", tienen mucho en común. Ambas tienen el mismo color de ojos, y el mismo tono de piel. A veces se visten con tenidas que combinan. Y ambas han pasado juntas los últimos 70 días hospitalizadas en el Hospital de niños Golisano. Diagnosticada con AML, una forma de leucemia, Nylabel de 2 años está bajo tratamiento de quimioterapia y se prepara para un trasplante de médula ósea. Los papás de Nylabel la han ayudado a ajustarse a su vida en el hospital. Su pieza ha sido transformada, (...) donde Nylabel y Bel pueden sentarse y jugar. Al lado del coche rosado de Nylabel, se encuentra un cochecito rosado más pequeño para Bel."^[121]



DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

de comunicación se puede encontrar en las sesiones de diagnóstico en los casos de abuso sexual infantil, donde los psicólogos especialistas que trabajan con los niños para diagnosticar y obtener una declaración completa por parte de ellos, realizan un trabajo con muñecos anatómicamente correctos, para que los niños puedan dar señales de un caso de abuso sexual oculto. (*Referente 1: Muñecos anatómicos*)

② Profesional de Salud → Niñ@: El personal puede indicarle al niño en qué consistirá su próximo procedimiento, explicando a través del muñeco paso a paso, en conjunto a algún accesorio que represente los implementos utilizados durante éste. Y como el procedimiento más importante que recuerdan los niños son las curaciones (ya que ingreso a pabellón es con anestesia general), el complemento principal serían vendas o vendajes.

③ Mamá → Niñ@: La mamá puede usar el muñeco para explicar situaciones al niño, o usarlo de ejemplo para demostrar comportamientos que se buscan en el niño, como "mira que bien come", o "mira que bien se porta", etc.

④ Niñ@ consigo mismo: El niño puede jugar al rol de doctor y cuidar del muñeco, dándole de comer, curándolo o ayudándolo a dormir. Así, el niño integra en su juego referencias al trabajo de un profesional de la salud, e internaliza pasivamente los procedimientos por los que él mismo debe pasar. Un antecedente para este tipo de dinámica, entre un niño y un peluche, es el *Teddy Bear Hospital*, un día en el cual los niños aprenden sobre diferentes especialidades de la salud, y son "doctores por un día" con sus propios, u otros peluches. (*Antecedente 3: Teddy Bear Hospital*)

Por último, el muñeco de tela también podría proyectarse como un personaje, el cual formaría parte a su vez de su propia historia personal, la cual se podría incorporar finalmente a la Unidad de quemados, ya sea como una ambientación narrativa, o formar parte de un folleto informativo para papás, etc.

REFERENTE 1: MUÑECOS ANATÓMICOS

"Los muñecos anatómicos, durante intervención terapéutica y hecho por profesionales especialistas, son de gran utilidad para detectar abusos de menores con dificultades para expresarse. Señalar un muñeco -sin utilizar nombres reales, a menos que el menor lo haga (...) y no su propio cuerpo es importante porque despersionaliza, y reduce el estrés de la criatura al explicar el acto y narrar el abuso."^[122]



ANTECEDENTE 3: TEDDY BEAR HOSPITAL

El "Día del Hospital de osos de peluche" se ha convertido en un evento anual realizado por diversos hospitales pediátricos alrededor del mundo, o por grupos de estudiantes de medicina o enfermería. Durante este día, se invitan grupos de niños junto a sus peluches, a pasar una tarde de actividades relacionadas con cuidados de la salud, aseo personal, nutrición, procedimientos médicos, prevención de riesgos y/o primeros auxilios, donde pueden aprender sin tener que ser los pacientes, representados por un peluche o muñeco.



Yuma Regional Medical Center Emergency Department Teddy Bear Clinic



Monash Gippstand Medical School Teddy Bear Hospital



International Federation of Medical Students' Associations-Brazil O Hospital do Ursinho



Hope & Home's Teddy Bear Clinic



University of Limerick's annual Teddy Bear Hospital

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

PERSONAJE SECUNDARIO: NIÑ@ QUEMADO

Luego de idear el concepto de un muñeco físico en la sala, surgió la idea de crear un personaje infantil, que fuese también un niño quemado, dueño de este muñeco y que también lo cuida. Así, podría dar al niño otra identidad en la que pudiese verse reflejado. Como este personaje forma parte de la historia del muñeco, mi primera impresión es que sería utilizado en formatos impresos, para una narración de la temática. Pero con este aspecto, surgió inmediatamente la pregunta; ¿Cómo representar a un niño quemado? Y con esa, muchas más... ¿Qué nivel de detalle puedo alcanzar? ¿Será correcto mostrar una ilustración realista de un niño con heridas de quemadura? ¿Qué es lo que busco transmitir a las personas a través de la ilustración? ¿Ternura, o Tristeza?

Para comenzar, dibujé un boceto de cómo podría verse este personaje. (Figura 3) Después, me dispuse a experimentar expresiones, con el objetivo de comprobar si el personaje podría representar y realizar las mismas acciones de un niño hospitalizado. (Figura 4)

Pero los bocetos no resultaron convincentes, ya que no lograban representar la imagen de un niño quemado del Exequiel. Necesitaba estudiar y descubrir qué cualidades caracterizan a los niños de la unidad de quemados. Así, comencé un estudio in situ, que a través de la recopilación de retratos de los niños que estaban durante mis visitas, pude identificar los elementos que se repetían, y qué proporciones morfológicas se adecuaban a la edad de los niños. (Figura 5)

Después de recopilar retratos, y experimentar con las expresiones que podía comunicar con estos ejemplos, (Figura 6) (Figura 7) realicé una revisión con el equipo médico. Se mostraron muy complacidos con las ilustraciones, y reconocieron inmediatamente algunos de los niños que ya se habían ido de alta.

Como resultado, pude comprobar que estos bocetos sí representaban a un niño quemado, por lo que me dediqué a formular el formato de salida; ya que estas ilustraciones las utilizaría en diferentes formatos de impresión, diseñados para ser impresos en grandes cantidades, era necesario que fueran ilustraciones digitales, por su gran versatilidad.

Con esto, comencé a idear un estilo gráfico para ilustrar. Partiendo por la base de querer simular una materialidad de

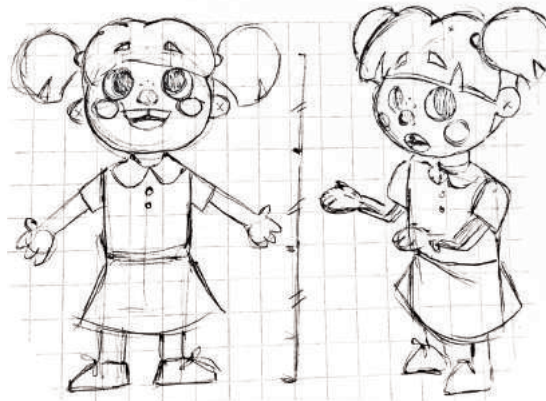


FIGURA 3

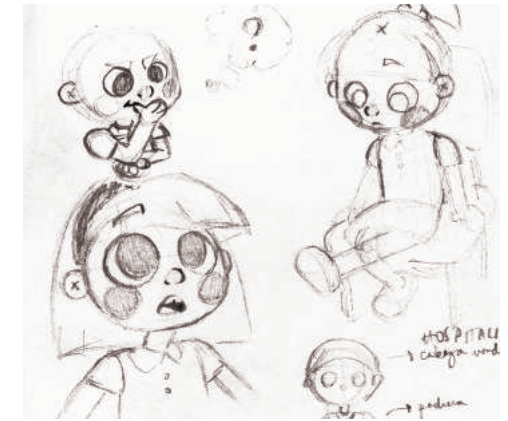


FIGURA 4

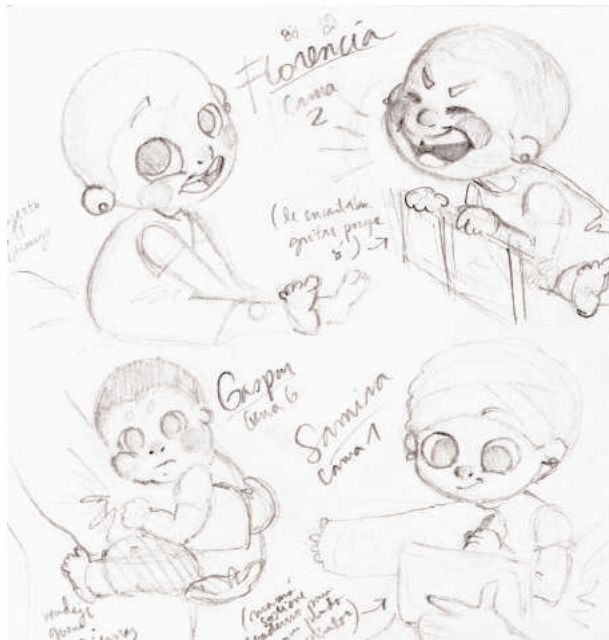


FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

pintura tradicional, que fuera de aspecto suave y amigable. Esta técnica es utilizada en muchas ilustraciones de artículos en la página de American Girl. (*Referente 2: Ilustración digital*)

Posteriormente, me dediqué a digitalizar un boceto según las líneas gráficas que recuperé de la recopilación de referentes. (*Figura 8*)

Se presentó al personal médico esta primera ilustración acabada, que representa una de las niñas conocidas dentro de la sala. Silvia y Carmen Gloria me comentaron que les gustó mucho, y que no encontraban reparo en la caricaturización del personaje. Me agregaron además que le agregarían un par de cosas al niño, como por ejemplo, que es más común que le rapen solo una parte de la cabeza al niño injertado, más que la cabeza completa como este caso (es decisión mas estética por parte de los papás). Además, pude darme cuenta que son pocos los niños que usan siempre pechera y pañales como la niña retratada, y por lo general están todo el día en pijama.

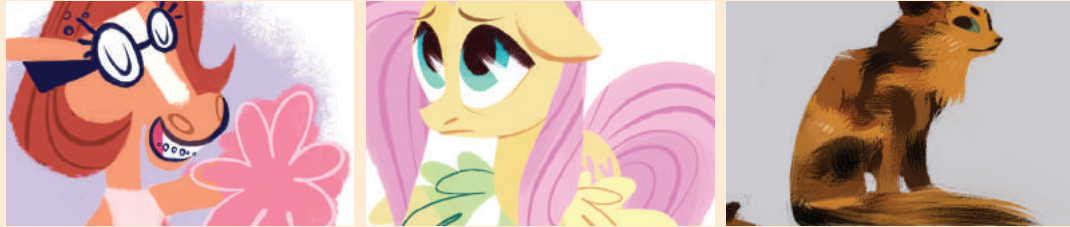
REFERENTE 2: ILUSTRACIÓN DIGITAL

American Girl, por medio de su página web provee de diferentes materiales dedicados para niñas pequeñas y pre-adolescentes. A partir del estilo de ilustración utilizado en sus artículos, recopilé diversas imágenes que compartieran este estilo. A partir de la investigación, elegí a la artista **Spacekitsch**, quien ilustra digitalmente con una técnica que simula el uso de pintura acrílica sobre un canvas de tela.



Artículo "Suddenly Sibling!" de American Girl

<http://www.americangirl.com/explore/articles/new-sibling/>



Ilustraciones de "Spacekitsch" <http://spacekitsch.deviantart.com/>

"Aquí los niños quedan más como con "mohicanos", porque solo les cortan el pelo en la zona de extracción del injerto"

21/04/17

Silvia Acosta
Enfermera



FIGURA 8

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

REFORMULACIÓN

Una vez ideado el “dueño” de esta muñeca, me pregunté ¿Porqué el muñeco debía ser igual al niño? Además, un muñeco de niño pequeño se asociaría inmediatamente con una muñeca “de niña”, por lo que se vería omitido su uso con los niños hombres de la sala. Por lo que se reformuló el personaje para inclinarse más a un ser que necesita de su cuidado y protección, que un ser igual al niño. Pero esto no de forma absoluta, ya que o sino pasaría a ser una especie de mascota totalmente ajena.

Para lograr esto, el personaje tomaría forma de algún animal, acercándose a los peluches de animales que generalmente tienen los niños pequeños. Pero aún así debía tener una forma más antropomórfica, ya que necesitaba conservar proporciones similares a las del niño para poder ejemplificar los procedimientos de salud y cuidado, como se logra en el Teddy Bear Hospital. (Antecedente 3: *Teddy Bear Hospital*)

¿QUÉ TIPO DE ANIMAL?

Una vez alejados del personaje humano, fue necesario decidir qué tipo de animal sería. Decidí comenzar por un oso, un gato y un conejo, ya que presentan una morfología similar a la requerida, y además son bastante populares en forma de peluche.



Pero antes de crear el primer prototipo, me decidí por la figura de oso, ya que este animal funcionaría tanto para niñas como niños. Además, el peluche de oso representa un animal amigable, protector, y acogedor.

PRIMER PROTOTIPO

Debido a las estrictas reglamentaciones sobre los juguetes que pueden ingresar a la sala, (donde no están permitidos los peluches) era necesario que el osito de peluche fuera de un material lo suficientemente impermeable como para convencer al equipo de que no sería una amenaza de infecciones para los niños. Así, comencé la construcción con una tela de cuerina, de un color bastante claro, para que diera desde la primera impresión una sensación de limpieza. (Figura 9)

Además, los detalles fueron bordados a mano y los brazos y piernas unidos mediante botones para permitir un rango de



FIGURA 9

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

movilidad. Asimismo, la espalda cuenta con un cierre para la apertura y cierre del peluche, lo que a su vez permite retirar el relleno en caso de ser necesario un lavado profundo y completo. Su construcción busca dar una imagen "honest", al destacar los materiales con los que fue hecho, sin características ocultas. Por último, se le agregó un corazón para marcar el lugar donde se encuentra en caso de que el niño quiera jugar con un estetoscopio, y también para dar una imagen más amigable, construido a partir de botones.

Para el primer testeó con niños, planifiqué un conjunto de preguntas a responder:

- ¿Qué interacciones se relacionan con el oso?
- ¿Cómo reaccionan los niños?, ¿Los papás?, ¿La enfermera y técnicos?
- ¿Sirve para explicar un procedimiento?
- ¿Los niños se sienten identificados en él?
- ¿Qué le cambiarían? ¿O le agregarían?

Al mismo tiempo, comencé a imaginar qué tipos de interacciones de la unidad podrían compartir los niños con el peluche, realizando algunos bocetos. (Figura 10)



FIGURA 10

PRIMER TESTEO

En primer lugar, se presentó el peluche de oso junto a un set de accesorios de tela, el cual constaba de un pañal de tela y vendajes (Figura 11), al personal médico, el cual estaba en la estación de enfermería; me encontré con Natalia, y las técnicas Carmen Gloria y Zolia Flores. Expresaron su interés en el peluche, y que sí sería posible testearlo con los niños, además de la pertinencia de sus accesorios de pañal y vendajes. En cuanto a su apariencia, sus comentarios destacaron la tela, ya que era altamente lavable y de apariencia limpia. Y en cuanto a forma, se mostraron satisfechas con ella, de forma especial la cara y corazón de botones.

Como observaciones finales, Natalia comenta sobre el riesgo de las piezas pequeñas (botones de unión de brazos y piernas, corazón de botón), que quizás lo mejor sea cambiarlas por otro tipo de material o técnica, ya que éstas se pueden soltar y los niños las podrían ingerir por accidente. Además, el cierre posterior puede tener esquinas que pinchan, por lo que me recomendó taparlo con una solapa de tela. Por último agregó que "es mucho mejor verlo así concreto".

A continuación, me señaló que a una de las niñas de la sala le gustaba jugar a poner vendajes a sus muñecas, jugando a atenderlas. Habiendo terminado la presentación del peluche



FIGURA 11

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

al equipo médico, empecé con el primer testeo con los niños. El enfoque principal de este testeo sería conocer las primeras impresiones de los niños con el peluche, y observar cómo interactúan con éste.

“GORDI”

Para comenzar con el testeo, me acerqué a Martina*, niña de 8 años, a quien le presenté el peluche dentro de una bolsa de género, por lo que su identidad estaba oculta. Luego, pregunté qué animal imaginaba que podía ser; a lo que Martina respondió con diferentes animales, como un elefante, una jirafa o un oso panda. Al adivinar el animal, procedí a revelar su identidad secreta como oso de peluche, y preguntar a Martina qué nombre pensaba que podría tener, a lo que respondió *Gordi*.

Posteriormente, entregué al oso en sus manos, explicando de que trataría la siguiente actividad; pedir al niño ayuda para atender al peluche y cuidar de sus heridas, poniendo a disposición los vendajes y el pañal. Martina empezó por envolver los brazos con vendas, para luego detenerse y contarme que ella se había quemado un pie, así que lo que debía llevar vendajes era una de las piernas del oso. De esta forma, decidí sacar una de las vendas y ponerla en el mismo pie quemado que ella (pierna derecha). (Figura 12)

Al final de la actividad, le pregunté qué le gustaría agregarle, a lo que respondió calcetines, y ropa para vestirlo.

“ANTONIO”, “OSO RAMÍREZ”, “AMANDA”

Para el segundo testeo, me dirigí a la cama número 5, donde se encontraba Amanda*, de 5 años. Al presentarme, también pregunté qué nombre creía que tenía el oso, a lo que Amanda respondió con *Antonio*. (Figura 13) Su primera impresión fue de alegría, y comenzó entusiasmadamente a estudiar al peluche, y probar ponerle los vendajes de todas las formas posibles, los cuales pasaron luego a ser su “ropa”, transformándose en gorro, bufanda, cuello, polera, jardinera, pantalones, etc. Una vez puestos los vendajes y el pañal a su disposición, dejé que Amanda guiara la instancia de juego.

En primer lugar, realizó “demostraciones” de cómo vestir y cuidar del oso, cómo ponerle sus pañales y cómo bañarlo. (Figura 14) Luego pasó por juegos de distintos roles, donde se desarrollaban historias que la involucraban a ella, a mí, al oso, y a personajes imaginarios, en diferentes papeles.

Entre los roles más llamativos se encuentran; el oso como hija de Amanda y que estaba bajo sus cuidados, el oso como uno de sus hermanos quien la acompañaba en el hospital, y el oso como la misma Amanda. Éste último, comenzó de manera repentina,



FIGURA 12



FIGURA 13



FIGURA 14



FIGURA 15



*Nombre escogido al azar, en reemplazo del nombre real del niño, para proteger su identidad.

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

cuando Amanda de pronto decidió cambiarle el nombre desde *Oso Ramírez* (nombre posterior a "Antonio") a su propio nombre. De esta manera, ella jugaba a darle la comida, (*Figura 15*) de la misma que ella aún tenía pendiente de comer. Después de un rato, Amanda empezó a crear una nueva historia, donde el oso "Amanda" se "quemaba" el pie con un tubo de escape de motocicleta, historia la cual me enteraría después, era la misma que vivió Amanda en su accidente.

Luego continuó su relato, recreando el accidente, donde el oso quedó herido y alguien fue en busca de ayuda, persona que representó Amanda en el juego. Finalmente, el oso fue llevado al hospital donde Amanda simuló lavar sus heridas con agua, y lo dejó en cama, explicándome que el oso solo se podría mover saltando, sin apoyar sus pies en el suelo. (Y era de esta forma, precisamente, en que Amanda debía moverse si quería caminar).

CONCLUSIONES

En primer lugar, el peluche obtuvo una bienvenida positiva, por parte del equipo médico como de los niños, logrando dar una primera impresión satisfactoria y que invita a estos últimos a jugar con él. El hecho de que el personaje no tuviera un nombre de forma anterior, le otorgó la libertad a Amanda de que fuese lo que ella imaginara, finalizando en la narración de su propia historia, a través del juego con el peluche.

SEGUNDO TESTEO

Para el segundo testeo, el enfoque principal fue el cómo explicar un procedimiento con el prototipo a un niño. Para esto, la enfermera a cargo explicaría a una de las niñas de qué trataría el procedimiento que tenía agendado para el día siguiente.

Para comenzar, Natalia se presentó frente a Daniela*, y le dijo que le explicaría qué iban a ser las curaciones del viernes. Tomó al oso y le retiró las vendas que tenía, explicándole que esto haría para empezar, con su pie (*Figura 16*). Después explicó que las botaría porque estaban sucias y usadas, mientras que Daniela miraba y quería jugar con el oso. A pesar del entusiasmo de Daniela, a Natalia no le fue muy difícil mantener su atención en la explicación.

Después, Natalia pidió la ayuda a Daniela, para vendar al oso con vendajes nuevos, y la niña la ayudó rápidamente, mientras preguntaba porqué se hacían algunas cosas (*Figura 17*). Y al final, entendió que sería en esa pierna porque era la misma de su propia quemadura, por lo que también se vendó su rodilla con la tercera venda. Una vez terminada la actividad, Daniela quedó con la impresión de que esto se lo explicaban porque lo harían



FIGURA 16



FIGURA 17



FIGURA 18

*Nombre escogido al azar, en reemplazo del nombre real del niño, para proteger su identidad.

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

a continuación con ella, pero Natalia le recordó que sería para el día siguiente.

Durante toda la prueba, permanecí casi en silencio salvo por algunos comentarios, y observando de forma externa cómo se desenvolvía la situación.

Cabe agregar, que durante la actividad, Daniela utilizó un poco de cinta quirúrgica de papel que había guardado desde la última vez que había necesitado un cambio de vendas. (Figura 18)

CONCLUSIONES

Después de testear el peluche con niños en sala, se concluye que el prototipo es una excelente herramienta para explicar el procedimiento; su forma antropomórfica permite representar una curación y recambio de vendajes realizados en el cuerpo de un niño, y sus vendajes sirven para ejemplificar diversas situaciones y accesorios de ropa. Sus pañales permiten al niño incorporar a su juego la muda de ropa y/o cambios de pañal, además de la posibilidad de fingir que es un bebé.

Por otra parte, su forma y apariencia demostraron ser amigables y cariñosas para los niños (llegando incluso a abrazos inmediatos), y su doble función como juguete capta la atención del niño durante la mayor parte de la explicación.

Además, la enfermera a cargo añadió al finalizar uno de los testeos, que le "gusta que sea pinchable", ya que varias explicaciones podrían incluir esto, y sería demostrable con su actual relleno y tela; también agrega sentirse satisfecha con la explicación de una curación, y que peribió que el mensaje sí había sido comprendido por el niño.

TERCER TESTEO

Para el tercer testeo, se obtuvo una negativa por parte del equipo médico, ya que durante esa visita, todos los niños que estaban hospitalizados se encontraban bajo **aislamiento de contacto**. Esta situación demostró que el prototipo no puede interactuar con niños en este estado, probaría ser un verdadero obstáculo para próximos testeos.

SEGUNDO PROTOTIPO

Una vez completado el primer prototipo de peluche, el cual se trabajó con tela cuerina, se comenzó el proceso de buscar otro material que, cumpliendo con las propiedades exitosas de su antecesor, (semi-impermeabilidad al agua, superficie lisa, y de apariencia limpia) pudiera lograr una mayor impermeabilidad al agua y manchas, además de poseer una textura más suave al

"Mira por ejemplo, la Amparo, siempre cuando me quedan excedentes de gasa y cosas así, ella me dice 'Tía, me los da'. Y se los pone a los bebés. Anda con las muñecas con los vendajes puestos, se los pone en la cara, dice que está enfermo, como que ella le hace como curaciones, los limpia, juega."

13/04/17

Silvia Acosta
Enfermera



tacto que la cuerina.

Además, debido a la forma de construcción textil del peluche, la tela debía cumplir con ciertas características básicas:

- 1 Poca o nula transparencia: esto debido a que si la tela fuera semi-transparente, dejaría entrever el relleno de algodón.
- 2 Textura lisa, no porosa: el oso de peluche no posee un forro interior, por lo que una tela porosa dejaría escapar las pequeñas fibras del algodón, resultando en una lenta pérdida de relleno.
- 3 Resistencia y elasticidad: la tela debe soportar un juego constante y enérgico por parte de los niños con el peluche, tironeos de brazos y piernas.
- 4 Color liso y claro: la tela no debe poseer patrones ni texturas que se conviertan en elementos distractores de la forma, además de tener un color de tonalidad clara, para mostrar su limpieza superficial a primera vista.

En primer lugar, investigué qué proveedores textiles trabajan con tela especializada, de trabajo y/o que incorporan nuevas tecnologías. De la oferta actual en Santiago, destacan dos: Sergatex y Fulltex. Ambas empresas ofrecen telas para ambientes de frío extremo, o de trabajo pesado, incluyendo telas con nanotecnología e innovaciones en la composición de sus capas.



SERGATEX

De la oferta de Sergatex, destacaron dos tipos de telas; Vitriolen (en sus variantes 220 y LT), y Microgabardina Xtraflex Anti-fluidos. De acuerdo a una investigación previa a partir de la información presentada en su página web, fue posible identificar características de interés para la construcción del peluche; ambas telas poseen propiedades anti-fluidos, y una textura poco abrasiva al tacto, además de disponer de tonalidades claras. De forma particular, cada tela posee características únicas.



Vitriolen (en su variante clásica, 220. La variante Vitriolen LT es su versión delgada, recomendada para camisas y delantales^[123])

*Nombre escogido al azar, en reemplazo del nombre real del niño, para proteger su identidad.
Logo Sergatex, y foto Vitriolen son propiedad de Sergatex: <http://www.sergatex.cl/>

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

destaca por ser una tela antiácido, con una textura poco abrasiva, y ser antigrasa (oleófuga)^[124]. Como me comenta María Inés, vendedora de la casa matriz, “que a diferencia del algodón, el cual absorbe lo graso y al sacarlo se mancha, esta tela repele el aceite al ser 100% poliéster”. Por último, Vitriolen se especializa como una tela de alta visibilidad, cumpliendo incluso con la norma VISIONER EN-471 / ANSI 107.



Por otra parte, la tela Microgabardina **Xtraflex** Anti-fluidos destaca por ser una tela anti-fluidos y anti-arrugas, suave al tacto (por tener un 35% de algodón en su composición), una larga vida útil bajo lavado industrial, y sobretodo, ser una tela fabricada para uso en el área médica y de cuidados de la salud. En su fabricación es certificada OËKO-TEX, asegurando una protección completa para la salud del usuario y el medio ambiente en su uso.^[125] Como me comenta Inés, esta tela se usa comúnmente para la confección de uniformes y ropa de trabajo para enfermeras y doctores, por esto los colores son los que usan comúnmente estos profesionales, como el azul marino, celeste y gris; “todas las telas son oleófugas, excepto la morada. Todos los colores son para médicos, cirujanos, que necesitan protección frente a salpicaduras de agua, sangre u otros. En cambio, este color es para Nutricionistas, que no necesitan la impermeabilidad.” Además, cabe destacar que “esta tela resiste al agua, el aceite y al cloro, es decir, no se descolora”.

Luego de analizar ambas telas, Vitriolen y X-Traflex, elegí la segunda por diversas razones; si bien es una tela de mayor suavidad al tacto, beneficio atractivo para los niños, el argumento que predomina es su excelente impermeabilidad, casi perfecta, además se destaca que ya es fabricada actualmente para su uso en el área de la salud.



FULLTEX

El segundo proveedor estudiado fue el caso de Fulltex, donde destacaron 4 telas; Sofidry Warm, Quickdry Carbon, Abletex Pro y Hipora Nylon 320. A partir de la investigación previa a visitar la casa matriz, me llamaron la atención estas telas por poseer cualidades antibacterianas y/o impermeables, las cuales tenían

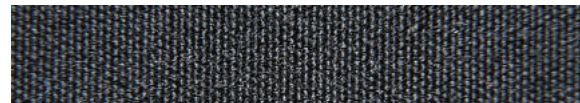
en realidad algunas limitantes, como me explicó luego Iván Zamorano, vendedor de la empresa, en tienda.



En primer lugar, la tela **Sofidry Warm** se distingue por una terminación tratada con nano partículas, las cuales le proporcionarían propiedades antibacterianas según el test AATCC147^[126]; pero como luego me explicaría Iván, “el efecto antibacteriano se refiere al olor, no a limpieza. La tela no permite que el hongo del olor, el que todos expelemos normalmente, se pase en la prenda”. Además, la tela es de superficie porosa, y absorbente. Por esto, no era una tela que cumpliera con las características deseadas.



En segundo lugar, **Quickdry Carbon** es una tela delgada que posee una peculiar adición de nanotecnología en sus fibras, incrustando partículas de bambú carbonizado. La estructura molecular de estas partículas le otorga propiedades antibacterianas y desolorizantes naturales, ya que sus minerales absorben la humedad, previniendo el crecimiento de bacterias y reduciendo el olor. Además, estas propiedades no se pierden con el lavado, ya que es una adición a nivel molecular, no superficial.^[127] “No es un imán de microbios”, agrega Iván, “Y es de secado rápido. Pero no es impermeable”. Por esto, tampoco cumplía con los requisitos, incluyendo su delgado grosor, ya que es una tela pensada para la confección de poleras.



Luego, la tela **Abletex Pro** llama la atención por contar con una terminación que repelería líquidos y manchas,^[128] pero Iván me explica que “no es una tela impermeable, con el roce constante y el lavado esta propiedad se pierde.”

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@



Y por último, **Hipora Nylon 320** es una tela con un alto grado de impermeabilidad, pero conservando su suavidad y flexibilidad. ^[129] Al preguntar sobre su capacidad de repeler líquidos, Iván me explica que esta tela posee un alto grado de aislamiento frente a líquidos; como lo indica la organización CARTEX, las telas que cumplen con la característica de ser “impermeables”, resisten 800 columnas de agua, como algunas telas de Fulltex, tales como Oxford 210D PU y Abletex Soft. Pero Hipora Nylon está indicada con 3500 columnas de agua, lo que la hace increíblemente resistente al paso del agua.

Es por esta razón, por su amplia disponibilidad en tonalidades claras, y por su suavidad al tacto, que me decidí por esta tela por parte de este proveedor.

Finalmente, y luego de unas pruebas rápidas de impermeabilidad, decidí trabajar con Xtraflex, en gran medida por su certificado de seguridad de uso en pacientes en el área de la salud, y en menor medida, por tener una mayor impermeabilidad que Hipora Nylon.

CONSTRUCCIÓN

Una vez escogida la tela, comencé la construcción del segundo prototipo de peluche. Éste, si bien conservaría la forma, relleno y aplicaciones bordadas del prototipo anterior, incluiría un par de rediseños en el material y técnica. (Figura 19)

En primer lugar, y conforme a las observaciones del equipo médico, los pequeños botones serían reemplazados por un corazón bordado a mano, y los brazos y piernas fueron rediseñados en piezas que se incorporarían como parte de la pieza mayor del tronco (Figura 20). Además, el cierre de la espalda estaría cubierto por una solapa de tela, para evitar pinchazos (Figura 21).

CUARTO TESTEO

Una vez finalizado el segundo prototipo, visité nuevamente la unidad de quemados para testeo de éste. Para esta visita, añadí un nuevo accesorio al peluche, un “kit de enfermería”, el cual constaba de una caja plástica pequeña transparente, que contenía diversos instrumentos y herramientas de medicina fabricados en plástico (Figura 22). Ésto con el objetivo de añadir al testeo juguetes que guarden relación con el personaje, y que



FIGURA 19

COLUMNAS DE AGUA

*Milímetros de columna de agua es una unidad de presión métrica rango bajo derivada de la presión hidrostática de la cabeza de 1 mm de agua a 4 degC. 1 milímetro de columna de agua es igual a 9.80665 pascuales. ^[130]

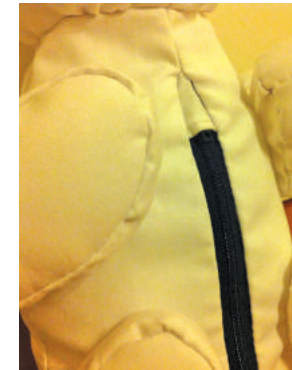


FIGURA 20

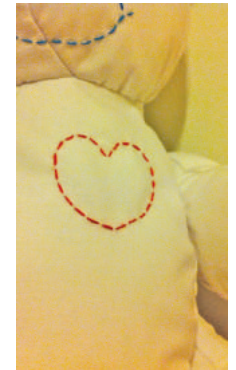


FIGURA 21



FIGURA 22

*Nombre escogido al azar, en reemplazo del nombre real del niño, para proteger su identidad.

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

ayuden en el desarrollo de las actividades.

En primer lugar, con la autorización del equipo médico, me dirigí a testearlo con Domingo*, un niño de 4 años que estaba hospitalizado en la cama número 7.

"ALEXANDER"

En primer lugar, al momento de presentarme junto a una bolsa de género que contenía al peluche, Domingo se puso muy tímido y no quería hablar. A medida que continué hablándole, le pregunté "¿Quién crees que está aquí? ¿Qué crees que sea?...¿Un perro?¿Un gato?", a lo que él comenzó a responder "sí" o "no" al mover su cabeza.

Al momento de preguntar cuál creía que sería su nombre, Domingo respondió *Alexander*, nombre el cual me enteraría después, correspondía a uno de sus hermanos mayores.

En segundo lugar, le pedí ayuda a Domingo con el peluche. Le expliqué que este último también estaba en el hospital, y que necesitaba que lo cuidaran. Cuando comencé a vendarlo, me observé detenidamente, para luego intentarlo él mismo con el segundo vendaje.

En tercer lugar, dispuse el kit de enfermería y su contenido a Domingo, a lo que el niño lo abrió explorando (*Figura 23*). Al encontrar una pequeña jeringa, exclamó contento: "Ah, yo tengo la mía!" y sacó una jeringa de plástico, de las que se usan para administrar las dosis orales de medicamentos, especialmente las de vitamina C. Domingo la usó inmediatamente para darle remedios al peluche en la boca, una y otra vez (*Figura 24*). Después de esto, empezamos a jugar con todos los objetos del kit, en especial con los dos estetoscopios, las jeringas, el sacamuelas (con forma de tijera) y las tijeras. Los otros elementos no le llamaron mucho la atención, tal parece porque Domingo no los conocía ni había visto anteriormente.

A medida que pasábamos el tiempo jugando, Domingo fue desinhibiéndose poco a poco, y comenzó a proponer nuevas formas de juego, diciendo que quería pintar con el oso, al que hizo pintar con una de sus patas (*Figura 25*).

También, al ver las cucharitas de plástico, las reconoció inmediatamente y empezó a darle de comer al peluche, junto a un plato de juguete (de cirugía) y un cuchillo de plástico (bisturí). Durante todo el juego, Domingo fue constantemente repitiendo acciones anteriores, como el darle remedios al oso con la jeringa de dosificación.

Finalmente, le pedí ayuda a Domingo con el pañal, el cual reconoció como un calzoncillo, e intentó ponerlo en el peluche sin éxito.



FIGURA 23



FIGURA 24



FIGURA 25



FIGURA 26

DESARROLLO CONCEPTOS

1. COMPAÑER@ DEL NIÑ@

Cuando llegó la hora del reparto de remedios, y la mamá de Domingo se los iba a dar, me dirigí al niño con la frase de "Mira Domingo, ¡Es igual como cuando le dabas los remedios a Alexander! ¿Te acuerdas?", a lo que la mamá respondió: "No si el Domingo no hace problemas". Ella identificó mi intervención como una acción para facilitar la administración de la dosis, pero la cual consideró innecesaria en el caso de su hijo.

Al momento de despedirme, Domingo estaba jugando nuevamente con el estetoscopio y los anteojos de plástico, comunicativo y en confianza conmigo (*Figura 26*).

Posteriormente, se presentó este segundo prototipo a Natalia y Carmen Gloria, quienes lo revisaron y expresaron su entusiasmo por el personaje. Les llamó mucho la atención el cambio de material, y les sorprendió su alto nivel de repelencia al agua. También apreciaron su suavidad y el haber sacado los botones de su construcción.

En conclusión, la nueva tela funcionó bastante bien, y las actividades y juegos con el kit de enfermería demostraron que Domingo reconocía varios de estos elementos, y también reveló un descubrimiento; casi todos los niños que he conocido al interior de la unidad de quemados guardan implementos de la sala para jugar con éstos, como vendajes, parches, mascarillas, y sobretodo, guantes de látex y jeringas plásticas, como es en el caso de Domingo. Una de las causas que se infieren del contexto de la sala, es que debido a que no pueden ingresar muchos juguetes al interior, estos implementos pasan a ser de interés para los niños. Además pueden guardarlos, ya que son de solo un uso individual.

DESARROLLO CONCEPTOS

2. ENVOLVENTE NARRATIVO

INTRODUCCIÓN

De forma paralela, comencé a dirigir mi mirada hacia el espacio físico de toda la Unidad de quemados, y cómo podría abordarlo.

UNIDAD DE QUEMADOS

En primer lugar, nos encontramos con el nuevo espacio físico de la Unidad de Quemados. Como ya hemos visto, esta nueva sala estará constituida por 3 habitaciones, las cuales se insertan en el contexto narrativo del cuarto piso del Hospital, correspondiente a Playa. Si siguiéramos con esta línea narrativa, entonces sería necesaria una línea gráfica que rodee el espacio físico, interiores y otros elementos de las salas, en torno a temáticas sobre playa, arena, mar, etc. Sin embargo, decidí diferenciarme de esta narrativa y no hacer referencia a sus elementos característicos.

Ésto debido a lo siguiente: basta una mirada rápida a la temática, para asociarla a conceptos como el Sol, calor, arena, océano, juegos, vacaciones, etc. Si bien algunos de estos conceptos resultan ser bastante llamativos, e incluso alegres y acordes para implementarlos en un ambiente infantil, los conceptos con connotaciones negativas son demasiado fuertes. El Sol, gran protagonista de la Playa, está cargado de significados que no benefician la experiencia de recuperación para un niño quemado. Éste, en el caso de los niños, por lo general se asocia a la precaución y el cuidado, donde los padres deben asegurarse de proteger a su hijo con un bloqueador solar, y que éste no se exponga mucho tiempo a la luz solar directa jugando en la arena. Además, se asocian conceptos posteriores a la experiencia de jugar en la playa, como lo son las fuertes quemaduras solares, el “ponerse rojo” y que duelan todas las áreas afectadas por un tiempo.

Por otra parte, cabe agregar que los casos más comunes de quemaduras están asociados al agua caliente, y al aceite caliente. Este último, según lo observado en terreno, y lo comentado por el equipo médico, tiene dos grandes causas; en invierno, la preparación de sopaipillas, y en verano, la preparación de churros. Este alimento, que se puede asociar a tardes de verano en familia compartiendo churros, en el contexto de una familia con un niño en recuperación, pasa a tomar un significado más negativo.

En conclusión, a pesar de que sí creo que es posible conseguir una imagen positiva de playa, enfocándose solamente en los conceptos atractivos, como lo son el juego, el relaxo y las

vacaciones con la familia, creo también que los conceptos negativos son más fuertes, y que al final de cuentas, es imposible escapar por completo a connotaciones dolorosas y fuera de lugar en un ambiente de recuperación de una tragedia familiar como lo es un niño gran quemado.

NUEVA TEMÁTICA

Entonces, una vez que ha sido descartada la temática de Playa, ¿qué temática adoptar? Para comenzar la búsqueda, fue necesario plantear una pauta de las características que debía poseer, y los objetivos a cumplir:

- 1 Debe ser una **experiencia**: La narrativa debe lograr conectarse con el paciente y su familia, e influir en su estadía al interior de la Unidad.
- 2 Debe ser una experiencia **completa**: Los límites de alcance de la narrativa deben ser lo más cercanos posibles, permitiendo una experiencia fluida y que logre un sentido completo de la estadía.
- 3 Debe ser una experiencia **positiva**: A través de la narrativa, se busca crear un impacto de naturaleza positiva en los receptores.

Una vez establecidas las características mínimas, se hace necesario establecer con claridad quiénes son los receptores de esta experiencia, y sus espacios de interacción con ésta:

NIÑ@S

Son el principal foco de la experiencia, ya que ellos son los pacientes en tratamiento y hospitalización.

Se busca crear un ambiente que les sea amigable e interesante, que despierte su curiosidad, ya que el ambiente debe corresponder a la percepción de un niño entre las edades de la mayoría de los casos.

En la nueva sala de la unidad, en el nuevo edificio, el espacio donde pasarán la mayor parte de su tiempo en rehabilitación es en cama, al interior de las salas de hospitalización o en la sala de aislamiento. Además, como las camas tendrán una posición frente a la pared, su rango de visión será la mayor parte a esta.

PAPÁS

Son el receptor secundario de la experiencia, ya que pasan casi todo el día al interior de la sala, al lado de su hijo, y la mayoría también duerme en su interior.

DESARROLLO CONCEPTOS

2. ENVOLVENTE NARRATIVO

Se busca crear un ambiente que no contribuya a aumentar su ansiedad, sino que haga más agradable su prolongada estadía. En la nueva sala de la unidad, se intuye que pasarán también bastante tiempo al interior, junto a las camas de hospitalización. Pero también existe un elemento incierto, que es el lugar donde los papás realizarán otras actividades, como el hablar con los médicos después de un procedimiento en pabellón, o descansarán un poco para despejarse, ya que no existe un lugar específicamente destinado para este tipo de interacciones en la futura sala. Además, no es posible determinar cómo será la interacción entre padres, ya que la sala de hospitalización estará dividida en dos. En la actualidad, la distribución de las camas en la sala permite que todos los papás puedan mirarse, y si están dispuestos, a conocerse entre sí, lo que da paso a variadas interacciones; intercambio de números telefónicos, conversaciones sobre el estado y evolución del niño, actualización de su progreso, compartir detalles de pabellón, intercambio de consejos, apoyo moral en el dolor, preguntas sobre detalles desconocidos, avisos de la llegada de comida/leche, aviso por teléfono de que lo busca el personal médico, entre muchos otros. En resumen, se forma un espacio de interacciones entre padres en el núcleo de la sala. En cambio, en la nueva unidad, las camas se distribuyen en línea, por lo que el "grupo" de padres, podría verse separado permanentemente en dos, a menos que luego se observe que hayan encontrado un punto de encuentro en medio del pasillo de entrada.

EQUIPO MÉDICO

Tercer foco de la experiencia, que incluye a la enfermera a cargo de la unidad, y los técnicos de enfermería, ya que ellos son los que actualmente pasan la mayor parte de su turno al interior de la sala. En la sala del nuevo edificio, la estación de enfermería se encontrará entre la entrada de acceso y la puerta de una de las salas de hospitalización.

Después de establecer las características de los usuarios de esta experiencia, es posible agregar un cuarto y nuevo objetivo:

- ④ Debe ser una experiencia **familiar**: La narrativa debe apuntar a una temática que apele a un ambiente familiar, donde se incluya a los niños y sus padres como un grupo conjunto.

Un referente es la mirada integral de la firma HDR (*Referente 3: Oficina HDR*) para la creación de espacios y experiencias en hospitales para niños. En su pauta de principios para crear

REFERENTE 3: OFICINA HDR

Firma dedicada a la arquitectura, ingeniería y consultoría^[131], a estado a cargo de bastantes proyectos en nuevos hospitales pediátricos, o en la ampliación y renovación de hospitales ya existentes.



Saint Alphonsus' Regional Medical Center

Principios de HDR para guiar la creación de espacios pediátricos: ^[132]

- Reconocer que la familia es lo más importante para el paciente.
- Poseer una estética única, apropiada para todas las edades y niveles de desarrollo.
- Proveer a los pacientes un sentido de control del ambiente que los rodea.
- Incorporar conceptos de diseño basados en evidencia, que promuevan la sanación.
- Apoyar las necesidades físicas y sociales de los pacientes, familias y cuidadores.
- Respetar la cultura, lenguaje, habilidad y espíritu del paciente, familia y cuidadores.

DESARROLLO CONCEPTOS

2. ENVOLVENTE NARRATIVO

espacios enfocados en la recuperación de niños y sus familias, se encuentran algunos puntos que coinciden con la mirada integral que se busca lograr.

PRIMERA PROPUESTA

A partir de esta formulación del concepto para el ambiente de la sala, se realizó una propuesta de ilustrar las paredes de la unidad como la casa donde viviría la niña protagonista y su familia (Figura 27). (Cabe agregar que el desarrollo del compañer@ del niñ@ aún recién estaba comenzando).

Para esto, los diferentes elementos se trabajaron mediante vectores, ya que su formato de salida sería a escala real, por lo que debían poder ser escalables sin perder su calidad.

REFORMULACIÓN

Al revisar esta propuesta en conjunto con mi profesor guía, nos dimos cuenta que no era la respuesta que buscábamos para los objetivos que habíamos planteado.

Además, presenta algunos riesgos críticos, como el desconocer qué tipo de materiales de impresiones son seguros para el uso al interior de la unidad de quemados, si es que los hay, además de que estarían recubriendo todas las paredes de la nueva sala, que actualmente están recubiertas en pintura antibacteriana.

Si bien esta propuesta fue finalmente descartada, me permitió dar un paso atrás para buscar otra respuesta que satisficiera de mejor manera las necesidades detectadas.



FIGURA 27

DESARROLLO CONCEPTOS

3. ENTREGA INFORMACIÓN PARA PAPÁS

DETECCIÓN OPORTUNIDAD

De forma paralela a los ítems anteriores, se comenzó a trabajar con respecto a la desinformación o ignorancia de los padres sobre algunos o casi todos los aspectos sobre el tratamiento de su hijo, lo que les genera mucha angustia, y puede gatillar tristeza y llantos. Algunas de estas situaciones fueron observadas cuando el niño se había ido a pabellón, y los padres debían quedarse en sala, o cuando el niño ha llegado dormido aún por la anestesia, y los padres no saben cuáles fueron los resultados de la intervención quirúrgica, o cuando la enfermera les indica algún punto sobre la condición de su hijo, y los padres desconocen las razones o causas que hay de fondo, entre otras.

PRIMERA FORMULACIÓN

A partir de esta oportunidad, planteé la necesidad de entregar una base de información sobre el tratamiento y rehabilitación de un niño quemado a los padres, que tratara sobre los cuidados básicos de un niño que ha sufrido una quemadura.

En primera instancia, se consideró un formato de entrega individual, dentro de un folleto, para ser entregado a los padres al momento de ingresar a la sala.

Al consultar esta propuesta con la enfermera a cargo, su evaluación determinó que la instancia de ingreso a la sala es la menos favorable, ya que en ese momento los padres no escuchan casi ninguna de las indicaciones de las enfermeras o técnicos, aún en estado de shock por la situación, y no están interesados en leer algo externo. A partir de esto, me comenté que quizás sería más eficaz planificar una intervención que actúe en sus momentos y lugares de descanso.

REFORMULACIÓN

A partir de esta revisión, comencé un proceso de reformulación de esta entrega de información. Consideré que sería necesario otro acercamiento, que en vez de ser un folleto con contenidos de fuente externa, fuese con una mirada desde la estructura de entrega de información propia de la sala.

Por lo tanto, decidí que sería necesario investigar cuáles fuentes de información sobre la sala hay disponibles actualmente. Como resultado de mi investigación, descubrí que existe un póster sobre el funcionamiento de la sala, y su reglamento. Pero, su ubicación si bien era favorable, su tamaño y el tamaño del texto hacían que pasara desapercibido. Además, se encontraba la mayor parte del tiempo bajo muchos papeles.

Cabe agregar que durante mis visitas, este cartel siempre cambiaba de sitio. Durante las visitas más recientes, estaba pegado tras una de las puertas de ingreso a la estación, las cuales siempre están abiertas y dejan el cartel escondido.

Al leer su contenido, me di cuenta que contenía información valiosa, y explicitaba muchas interacciones que solo conocía de manera "implícita", al ver cómo los papás y el equipo médico interactuaban durante mis observaciones, como por ejemplo, el traer cosas de la casa y usarlas o dejarlas al interior de la unidad. Y debido a que esta información no era expuesta, muchas veces los papás nuevos no seguían las reglas, como no usar pechera al entrar, o los antiguos lo usaban de excusa cuando los técnicos les llaman la atención, como al recoger cosas juguetes del suelo. Por lo tanto, se consideró necesario tomar estas indicaciones, y llevarlas a un formato que sea más visible y accesible para los padres, para lograr de esta forma disminuir en cierto porcentaje la cantidad de malas prácticas. En primera instancia, no es un objetivo disminuirlas de forma absoluta, ya que estos malos hábitos están arraigados en las costumbres de algunos padres, por lo que es necesario un proceso paulatino.

Además, esto representaba una oportunidad para transformar el papel de los padres en una herramienta activa y positiva en la hospitalización del niño, al educarlos en la importancia de seguir las normas para la salud de su propio hijo, y de su propia estadia al interior del hospital.

PRIMER PROTOTIPO

A partir del material existente en la sala, se trabajó en un primer prototipo, que mantendría los contenidos lo más fieles al original. Éste sería un folleto tamaño carta impreso por ambas caras, formato que permitiría que los mismos integrantes de la estación de enfermería pudieran seguir imprimiéndolos en el futuro. Además, estaría complementado por ilustraciones por cada indicación, impresas a color. Para efectos del prototipo, se incluyó una ilustración digital propia, ya que el objetivo principal a testear era si el equipo consideraba correcta la distribución de esta información a los padres, y su formato de entrega.

DESARROLLO CONCEPTOS

3. ENTREGA INFORMACIÓN PARA PAPÁS

PRIMER TESTEO

El prototipo fue revisado en persona con Natalia, enfermera jefe, y Alejandra, técnico de turno.

La distribución de sus contenidos fue la siguiente: (Figura 28)

- 1 Portada: Identificación como parte de la unidad de quemados
- 2 Introducción: Saludo de bienvenida para los padres, basado en la actual introducción del afiche de la sala
- 3 Reglas: Lista de las normas de comportamiento y cuidados con los niños de la sala
- 4 Contraportada

Durante la revisión, Natalia me comentó que cree que es mejor trabajar con un lenguaje más visual que basado en textos, ya que cree que la gente no dedica tiempo a leer las cosas, además de que ha trabajado con varios casos de padres analfabetas, los cuales le preocupan mucho. Por esto, me recomienda trabajar solamente con ilustraciones, y concuerda con la propuesta de presentar las indicaciones de mayor importancia en un tamaño más grande, como lo son lavarse las manos y respetar el ayuno. Durante nuestra revisión del prototipo, propuse un cambio de formato, a uno más grande y que fuera fijado en alguna de las paredes de la sala de hospitalización, a vista de todos en todo momento. Ambas estuvieron de acuerdo con el cambio de formato, ya que no se justifica económicamente como un folleto individual de impresión a color por cada familia que llega, y por otro lado, Natalia dice que el momento de llegada es caótico para los padres, por lo que no es el mejor momento para detenerlos a leer un folleto, y que quizás esto último se justifica más en el alta de los niños.

REFORMULACIÓN

Luego de este testeo con el equipo, revisé el prototipo y sus observaciones con Pablo (Figura 29). Ambos estuvimos de acuerdo en que el texto no posicionaba a los padres como agentes activos en la rehabilitación de sus hijos, sino que solo les planteaba sus límites.

Por lo tanto, y siguiendo una de las líneas del proyecto, se buscó reformular el contenido, buscando posicionar al niño como núcleo. Todas las indicaciones nacen o terminan en torno al niño, no como prohibiciones a los padres. Esto se reforzará visualmente con una ilustración al centro de un niño, rodeado de los elementos que pueden tanto afectarlo beneficiosamente como perjudicarlo.



FIGURA 28

Caras Interiores

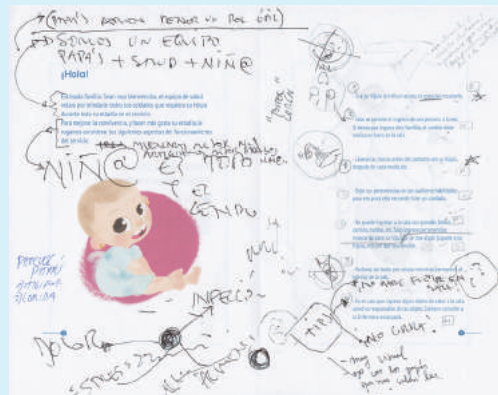


FIGURA 29

Contraportada

DESARROLLO CONCEPTOS

4. INFORMACIÓN PARA EL ALTA HOSPITALARIO

DETECCIÓN OPORTUNIDAD

Durante la detección de la oportunidad sobre la desinformación de padres, que luego se tradujo en el folleto informativo, se detectó también un importante **retorno de pacientes quemados** anteriormente, que deben volver a ser hospitalizados por una **mala adhesión al tratamiento** por parte de sus padres. Además, al retornar a la unidad de quemados, el tratamiento **se extiende** más de lo común, ya que los padres **han perdido la confiabilidad** del equipo de que seguirán correctamente el tratamiento. Por lo tanto, de forma paralela al testeado del folleto informativo para padres, investigué sobre qué formatos de entrega de información existen sobre el alta del niño, es decir, qué era lo que se llevaban los papás "para la casa" cuando salían de hospitalización con su hijo, ya que ellos son los que necesitan educarse sobre los cuidados a seguir en el tratamiento fuera del hospital.

En la unidad de quemados, cuando un niño es dado de alta hospitalario, los papás deben acercarse a la estación de enfermería, donde la enfermera a cargo les explica todas las indicaciones para el cuidado del niño en casa, apoyándose en un folleto impreso, para luego despedirse y entregárselos.

ANÁLISIS MATERIAL ACTUAL

De esta manera, se decidió realizar una sesión de análisis del material actualmente entregado (Figura 30) en conjunto a la enfermera jefe.

En cuanto al formato de entrega, a primera vista se denotan fallas producto de reiteradas fotocopias, lo que se traduce en letras muy pequeñas y poco legibles, y que algunas palabras se han cortado por el margen, dejando algunos textos sin completar. Asimismo, la enfermera observa que hacen falta más imágenes, que guarden relación con el tema y que grafiquen los contenidos. Además, resalta dos de los temas tratados como de mayor importancia que el resto, los cuales corresponden a *Cuidados del Vendaje* y *Servicio de Urgencia*. Por otra parte, me parece que algunas de las frases merecen también un mayor énfasis, tales como "Estos favorecen el proceso de cicatrización, obteniendo tejido de buena calidad y firmeza", frase que explica el porqué los niños deben utilizar vendajes, como también el último párrafo del folleto: "Los cuidados en el hogar son un aspecto fundamental ya que contribuyen a un mejor proceso de cicatrización y de rehabilitación, para ello es fundamental la participación activa de los padres y/o cuidadores del niño o niña", ya que éste es el único punto que hace alusión al rol fundamental que poseen los padres en una correcta adhesión al tratamiento, aspecto esencial para prevenir una segunda hospitalización.

"(En relación a una paciente que se había re-hospitalizado) Y ahora por ejemplo, no le podemos dar el alta por lo mismo, porque si una mamá ya no tuvo una buena adherencia al tratamiento, no hizo lo que le dijeron, entonces ahora a lo mejor no lo va a hacer, no nos podemos arriesgar.

13/04/17

Silvia Acosta
Enfermera

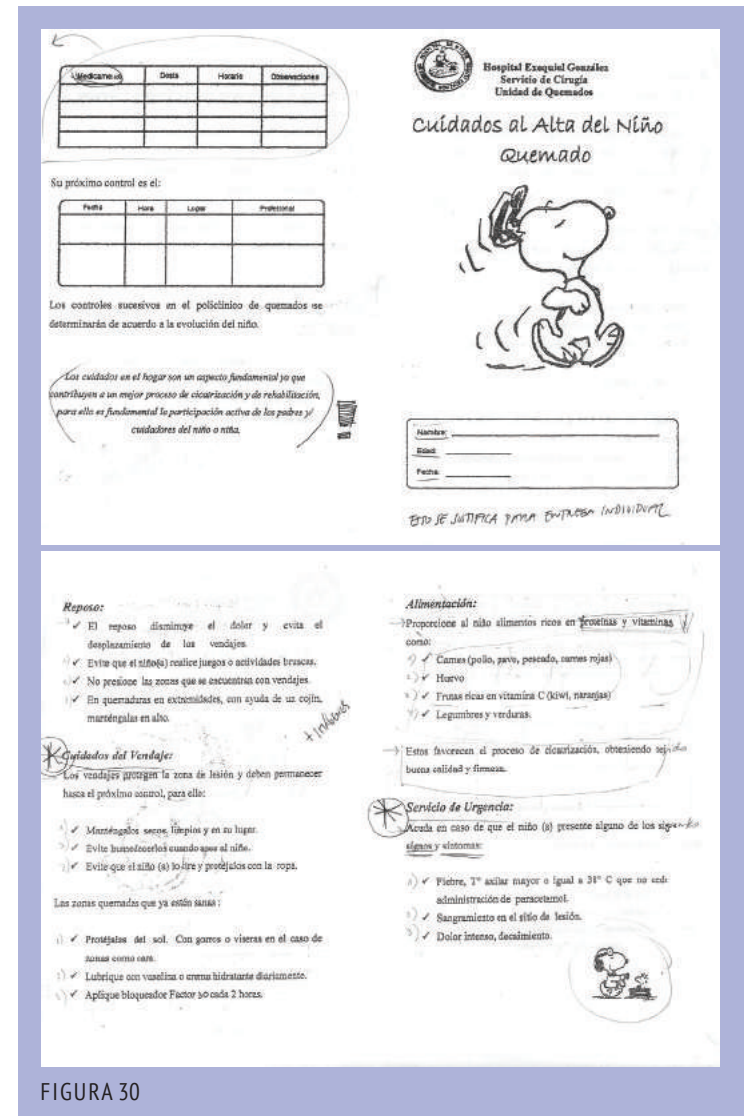
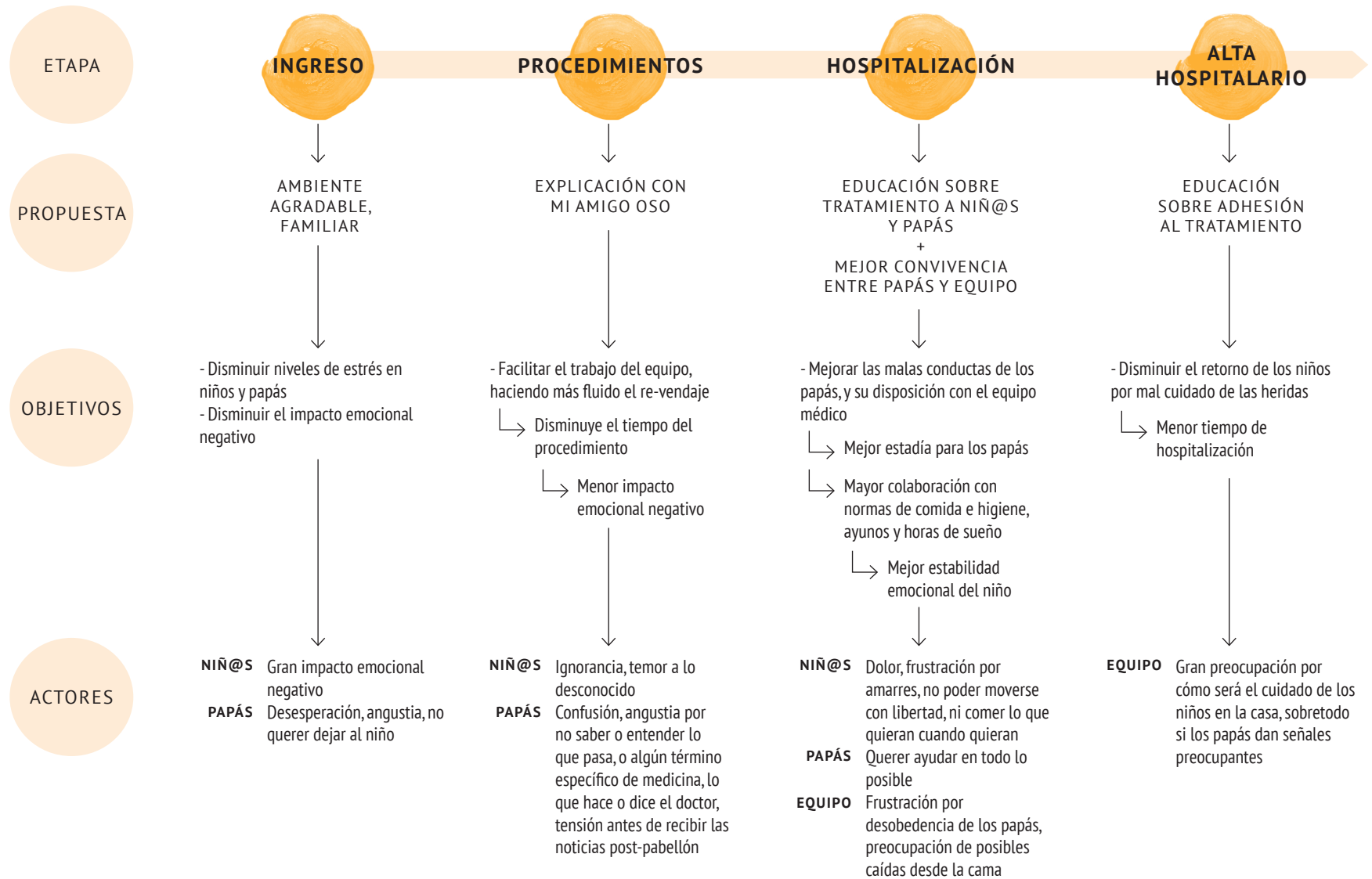


FIGURA 30

SÍNTESIS EVENTOS





FORMULACIÓN

¿QUÉ?

Diseño de un sistema narrativo envolvente que integra y articula las actividades, procedimientos y personas que pertenecen al proceso de hospitalización del niño@ quemado de la unidad de quemados del HEGC.

¿POR QUÉ?

El proceso de rehabilitación del niño@ quemado requiere de un núcleo que articule las actividades y procedimientos propios de éste, con el fin de mejorar la experiencia del niño@ y el entorno que lo rodea.

La condición del niño quemado es compleja, compuesta por una alta vulnerabilidad física y psicológica, y rodeada por secuelas físicas, psicológicas, emocionales, familiares, sociales, laborales, estéticas, entre otras. Por lo que requiere una intervención que abarque la problemática desde un punto de vista integral, y que otorgue al niño@ y su ecosistema las herramientas necesarias para dar sentido a su experiencia y ser un agente activo en su rehabilitación.

A medida que ha aumentado la sobrevivencia de los pacientes quemados, gracias al avance en tecnologías y cuidados de primeros auxilios en quemaduras, se ha hecho necesario también poner el foco en aspectos de la rehabilitación de éste.

[133]

¿PARA QUÉ?

Para otorgar un envolvente narrativo a las acciones realizadas al interior de la unidad, y conformar un sistema que incluya a personas, procedimientos e interacciones. El sistema favorece que los actores humanos se transformen en actores activos e involucrados en la rehabilitación, incluyendo al propio niño@. El sistema no se propone enajenar a las personas de lo que están viviendo.

Debido a las particularidades que posee el accidente donde el niño resultó quemado, los padres necesitan fuertemente un papel que cumplir en la sala, debido a sentimientos de culpabilidad, angustia y dolor emocional. Es por esto que el sistema busca canalizar esta necesidad, y convertirlos en actores útiles para el proceso de rehabilitación.

La incorporación al sistema por parte de los padres, y la colaboración de los padres con el personal médico, se basan en el supuesto de que todas las personas al interior de la sala de hospitalización desean que el niño@ tenga la mejor y más rápida experiencia de hospitalización, con los recursos y medios disponibles actualmente en la unidad.

FORMULACIÓN



OBJETIVO GENERAL

Crear un sistema que envuelva narrativamente las experiencias e interacciones propias del ecosistema de la unidad de quemados, articulando a niñ@s, padres y personal médico hacia una mejor experiencia de rehabilitación. Ofrecer condiciones consistentes con los diversos factores a los que se ve expuesto el niñ@ quemado a lo largo de su proceso de rehabilitación, y que lo ayuden en su recuperación física y psicológica, reduciendo el nivel de estrés post-traumático producto del proceso de hospitalización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Otorgar sentido al proceso de rehabilitación para el niño y las personas que se ven involucradas en éste, mediante una experiencia envolvente al interior de la sala de quemados.
- Disminuir la percepción del dolor basal (dolor propio de la herida de quemadura, y de duración continua) al distraer la atención consciente del niñ@ por medio de la narrativa envolvente de la unidad y sus interacciones.
- Disminuir los niveles de estrés del niñ@ durante controles rutinarios diarios de presión y pulso.
- Convertir a todas las personas que participan en el proceso de rehabilitación, tanto como de forma positiva, pasiva o la entorpecen, en agentes activos que sean un aporte a éste.

ANTECEDENTE

SEATTLE'S CHILDREN'S HOSPITAL

Hospital de investigación y atención médica para niños y adolescentes, ubicado en Seattle, EEUU. Es además el centro académico pediátrico y adolescente de los estados de Washington, Alaska, Montana y Idaho (Seattle's Children Hospital, 2016).^[134]

A) IMPLEMENTOS MÉDICOS

Rediseño de herramientas, máquinas u otros implementos que forman parte de un procedimiento médico, para un acercamiento más amigable con los niños.

B) AMBIENTACIÓN INTERIORES

Incorporación de una narrativa a los interiores del hospital.

C) RUPTURA EN LA RUTINA

Evento de un día donde se les lleva helado a los pacientes de algún área, el cual no es parte de las actividades diarias. Esta actividad despierta gran interés en los niños de oncología, quienes salen de su rutina matutina para hacer algo diferente.

D) EXPERIENCIA DE INMERSIÓN

Diseño de una experiencia de "gatos" para una paciente aislada, quien extrañaba mucho a su mascota, y debido a su enfermedad no podía ir a visitarla. Mediante una carpa improvisada con sábanas, se proyectaron diferentes imágenes de gatos, acompañadas por sonidos de maullidos y ronroneos. Gracias a la experimentación con los medios que son permitidos dentro de una sala de hospitalización, fue posible sumergir al paciente en una experiencia única.



"When It's an Emergency: Stories from Seattle Children's ER pt 1 of 5" (4:48) desde Youtube.com (<https://youtu.be/jW-aSgleGR0?t=4m48s>)



"When It's an Emergency: Stories from Seattle Children's ER pt 1 of 5" (6:02) desde Youtube.com (<https://youtu.be/jW-aSgleGR0?t=6m2s>)



"I am Seattle Children's: There's Something About Ice Cream" (1:33) desde Youtube.com (https://youtu.be/CHTqgmW_Yuk?t=1m33s)



"Seattle Children's Presents the Cat Immersion Project for Maga" (1:09) desde Youtube.com (<https://youtu.be/AllHxYTqb4?t=1m9s>)

REFERENTE

DOUTORES DA ALEGRIA

Organización sin fines de lucro, que a través del arte del payaso busca crear un cambio positivo en niños, adolescentes, papás y personal médico de diferentes hospitales públicos en Brazil (Doutores da Alegria, 2016).^[135]

ENRIQUECER LA EXPERIENCIA DE HOSPITALIZACIÓN

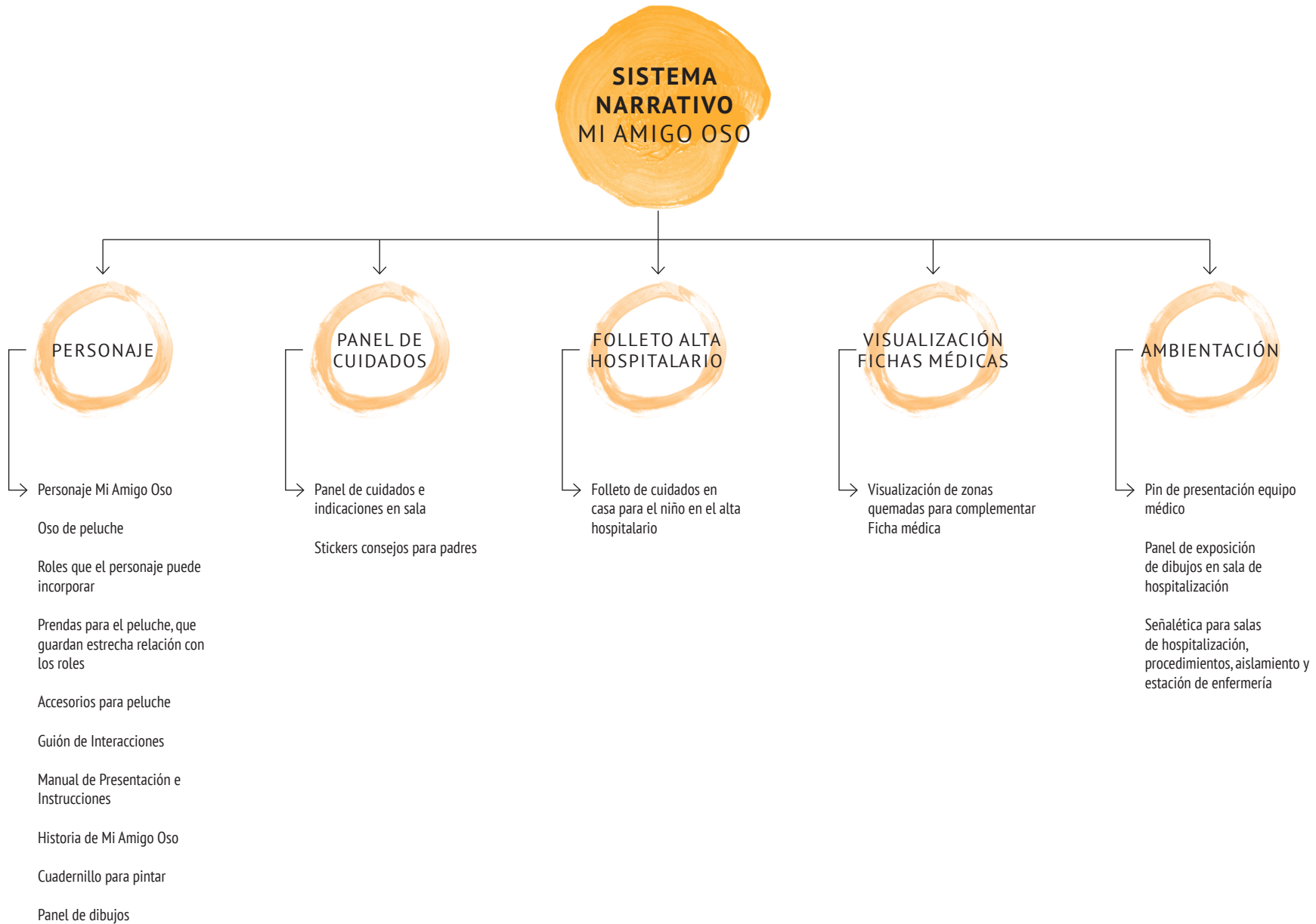
Búsqueda de colaborar en un cuidado integral de los niños hospitalizados, de crear momentos de distracción del contexto que los rodea y de su situación actual, darles un espacio de juego y asombro.

Todo esto llevado a cabo en visitas a niño por niño, en un trabajo enfocado a recorrer todas las salas e interactuar tanto con papás y cuidadores como enfermeras y técnicos, buscando no solo enriquecer la experiencia del propio niño, sino que la de todas las personas que lo rodean y contribuyen en su proceso de rehabilitación.



Foto 1: Doutores da Alegria Facebook FanPage - 7 de Julio 2016 (<https://www.facebook.com/doutores/photos/a.352034197008.192195.351917737008/10154373340017009/?type=3&theater>)
Foto 2: Doutores da Alegria Facebook FanPage - 13 de Septiembre 2016 (<https://www.facebook.com/doutores/photos/a.352034197008.192195.351917737008/10154567374912009/?type=3&theater>)

PLANO DEL SISTEMA



PLANO DEL SISTEMA

Sistema de información y diseño narrativo de la nueva sala de hospitalización de niños quemados del nuevo edificio del Hospital Exequiel González, que pone al niño hospitalizado como centro y núcleo de interacciones, procedimientos y cuidados por parte y entre los padres, cuidadores y equipo médico.

Este sistema nace a partir de un proceso de observación exhaustiva al interior de la Unidad y sus alrededores, conversaciones directas con todos sus actores humanos e investigación en diferentes roles.

El sistema se compone de los siguientes componentes:

- Personaje **Mi Amigo Oso**: Oso de peluche
- Manual de Presentación e Instrucciones para trabajo con Mi Amigo Oso, dirigido al equipo médico: Formato pequeño individual, formato cuadernillo y póster para la estación de enfermería
- Historia de Mi Amigo Oso: cuadernillo y páginas individuales para colorear
- Panel de Cuidados e Indicaciones en Sala
- Folleto de Cuidados en el Alta del niño hospitalizado
- Visualización de zonas quemadas para complementar Ficha médica
- Stickers de propuestas de interacción con Mi Amigo Oso, y consejos para padres
- Imágenes para difusión de consejos para padres
- Pin de presentación equipo médico
- Panel de exposición de dibujos en sala de hospitalización
- Señalética para salas de hospitalización, procedimientos, aislamiento y estación de enfermería

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

DEFINICIÓN

INTRODUCCIÓN

Para comenzar la construcción del sistema, se estableció al personaje del oso como punto de partida. Durante los testeos, se pudieron comprobar aspectos esenciales de esta herramienta; ser aprobado para el trabajo dentro de la sala con niños, tener una apariencia amigable para los niños, representar satisfactoriamente un procedimiento explicado por un profesional para el niño, y lograr una conexión con el niño, el cual lo incorpora a su juego, y le asigna diversos roles, incluyéndose él mismo.

PROCESO DE EXTENSIÓN DEL SISTEMA

A partir de eso, se comenzaron a expandir los alcances de la herramienta, complejizando a cada paso su estructura, para responder a la propia complejidad de las interacciones propias del interior de la sala de hospitalización. De esta manera, el personaje de **Oso** comenzó a tomar forma.

DESCRIPCIÓN

“Mi Amigo Oso” es un canal de comunicación entre los diferentes actores humanos de la sala, es decir, niños, cuidadores e integrantes del equipo médico (principalmente técnicos de enfermería y enfermera a cargo). Su objetivo es ser también una plataforma de interacciones que fomentan las buenas prácticas en el proceso de rehabilitación y cuidado del niño quemado. Además, abre el tema hacia conocimientos sobre diferentes procedimientos, como las curaciones, cuidado de vendajes y recuperación en sala.

CARACTERÍSTICAS

“Mi Amigo Oso” es un personaje que se identifica como un niño, y realiza casi todas las actividades que realiza comúnmente un niño de aproximadamente 4 a 5 años.

¿PORQUÉ “OSO” NO TIENE UN NOMBRE CONVENCIONAL?

Desde el inicio, “Mi Amigo Oso” no tuvo un nombre definido, característica que se mantuvo hasta el primer testeo de forma intencional, con el objetivo de observar qué interacciones se

darían con el niño, al otorgarle la capacidad de nombrarlo a gusto. Durante las primeras presentaciones del personaje en forma de peluche a los niños, sucedieron interacciones inesperadas: en primer lugar, los niños nombraban inmediatamente al peluche con un nombre de algún cercano, pero luego, al pasar el rato, cambiaban su nombre constantemente, y con ello, la identidad del oso. Al cambiar de nombre, el personaje pasaba de ser un “hermano” a un “hijo”, o “mamá”, “hija”, “papá”, “amigo”, etc. Esto permitió al niño asignarle el rol que deseara al personaje, permitiendo al mismo tiempo un nuevo universo de interacciones con éste. Si el oso era “un bebé”, el niño le otorgaba cuidados, y le enseñaba cómo comer, limpiarse, etc. En cambio, si el oso era un “hermano”, el niño compartía sus juguetes con éste y jugaban juntos, compartiendo comida, ropa, actividades, etc. Pero la interacción más interesante fue cuando el niño decidió llamar al oso igual que él. En un instante, el personaje pasaba a representar la historia que vivió el niño, y éste relataba cómo se había quemado y llegado al hospital, a través del peluche. Asimismo, el niño le proporcionó los mismos cuidados que había recibido dentro del hospital, reflejando su propia identidad en el personaje. Luego de estos testeos, se concluyó que este tipo de interacciones, tan interesantes y que sacan a la luz algunos pensamientos o sentimientos que los niños generalmente esconden, no serían posibles si Mi Amigo Oso fuera presentado a los niños con un nombre e identidad previamente fijado.

FAMILIA

Mi Amigo Oso vive en una casa junto a su familia, todos humanos a excepción de él, pero él no es visto en primer lugar como un oso, sino un niño, y es tratado como tal. Su familia se compone de una mamá, un papá, una abuela, una hermana mayor, un hermano un poco mayor que oso, y el menor es Oso.

EDAD

Con respecto a su edad, si bien Oso posee las características y habilidades de lenguaje y motricidad similares a las de un niño de 4-5 años, Oso también puede ser utilizado para representar niños más pequeños, abarcando la edad promedio de los niños que ingresan a la sala, desde los cero meses hasta los 5 años.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

DEFINICIÓN

HISTORIA

Oso es un niño que también posee una historia fuera del Hospital, va al colegio con sus hermanos y le gusta jugar y compartir en actividades con ellos. Al igual que un niño quemado, Oso también debió dejar su casa producto de un accidente y ahora se encuentra hospitalizado, pero luego de recuperarse volverá a su casa.

USO

Se proyecta un uso individual del oso, en el que se entregará un oso por niño ingresado a la sala, el cual podrán tener consigo durante toda la hospitalización, y una vez dados de alta, llevarlo a casa. Cuando el oso es entregado al niño, comienzan esta nueva aventura juntos. El peluche no funciona por sí solo, sino que en la medida que se incorpora a todo el contexto propuesto en el sistema.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

ROLES

Dentro de la identidad **abierta**, y que se plantea a disposición de la voluntad del niño, por parte del personaje, se constituyen y proponen cinco roles que guardan relación con el contexto **propio del niño hospitalizado** en la unidad de quemados, para otorgar la posibilidad de **representar** uno o todos los papeles propuestos por medio del personaje. Cabe agregar que los roles **no tienen por objetivo delimitar la personalidad y/o identidad** del personaje, sino que ofrecer personificaciones particulares de actores humanos propios del contexto del niño hospitalizado por quemaduras, para ser incorporadas en interacciones tales como la explicación de procedimientos y curaciones, dar el ejemplo para el niño sobre un buen comportamiento (sobre comer y dormir), o incluso en el propio juego del niño.

Esto se materializa a través de cinco prendas de vestir diferentes, cada una diseñada para representar un rol en específico, y confeccionadas a la medida del peluche.

Para la manufactura de estas prendas, se trabajó en conjunto con Marcia Sepúlveda, modista especializada en la confección de ropa a medida, y con experiencia previa en la confección de prendas personalizadas para peluches.

Para explicar los diseños de las prendas, en primer lugar se presentaron los componentes clave; un uniforme de enfermera, que representara a la enfermera a cargo de la unidad, y un polerón casual, que representara al rol del niño hospitalizado. Durante el desarrollo de una sesión colaborativa, se exploraron los límites y potenciales que se presentan al momento de diseñar una prenda a pequeña escala. A partir de la base de conocimientos propia sobre el contexto de la hospitalización en la unidad, y en conjunto a la experiencia de la modista sobre la confección de prendas de peluches para niños, se tomaron decisiones sobre la materialidad y terminaciones de la ropa.

Además, Marcia observó que las prendas no podrían ponerse ni sacarse del peluche fácilmente sin una gran apertura, por lo que se decidió **incorporar un cierre de velcro a todas las prendas**, para que el niño pueda manipularlas más fácilmente.



ROL DE NIÑ@: ROPA CASUAL

Representa la figura de un niño o niña, en estado activo y vestido con ropa casual. Se materializa como un polerón, el cual está confeccionado con tela punto, de color gris, y con mangas de medio largo. Sus terminaciones incluyen bastas en todos los bordes exteriores, con un cuello redondo con sesgo.



ROL DE NIÑ@: PIJAMA

Representa la figura de un niño o niña a la hora de dormir o descansar, vestido con pijama. Se materializa como una polera de pijama, la cual está confeccionada con tela franela, con un estampado rayado, de colores blanco y celeste, y con mangas largas. Sus terminaciones incluyen bastas en todos los bordes exteriores, con un cuello redondo con sesgo.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

ROLES



ROL DE BEBÉ: PAÑAL

Representa la figura de un niño o niña bebés, que necesita usar pañales. Se materializa como un pañal, el cual está confeccionado con doble tela viscosa, de color verde. Sus terminaciones incluyen bastas en todos los bordes exteriores, velcros a sus costados para abrir y cerrarlo, y un ojal bordado a mano para que pase la cola del peluche.



ROL DE ENFERMERA - UNIFORME

Representa la figura de la enfermera a cargo de la unidad de quemados, vestida con su uniforme. Se materializa como la polera del uniforme, la cual está confeccionada con tela viscosa, de color azul marino, característico de este uniforme, y con mangas cortas. Sus terminaciones incluyen bastas en todos los bordes exteriores, con un cuello en V con sesgo.



ROL DE TÉCNICO - UNIFORME

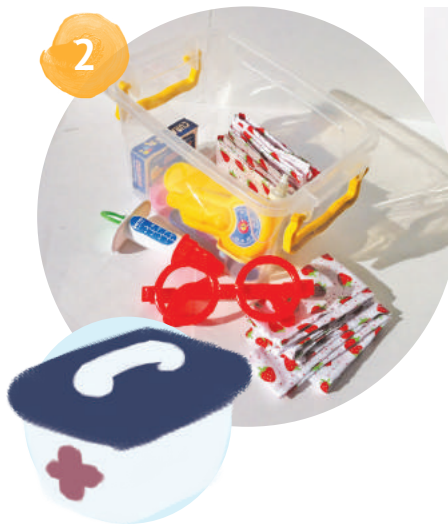
Representa la figura de un técnico de enfermería, o un técnico paramédico que forma parte del turno asignado a la unidad de quemados, vestido con su uniforme. Se materializa como la polera del uniforme, la cual está confeccionada con tela viscosa, de color blanco y estampados con una temática de servicios de salud, característicos de este uniforme, y con mangas cortas. Sus terminaciones incluyen bastas en todos los bordes exteriores, con un cuello en V confeccionado con sesgo de tela color azul.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO ACCESORIOS



VENDAJES

Vendas hechas en tela estampada delgada, con costuras por los costados para evitar que se deshilache. Representan todo tipo de vendaje, vendas, parches, cintas adhesivas quirúrgicas, etc. Que necesite Oso en su proceso de rehabilitación.



KIT DE ENFERMERÍA

Caja pequeña de plástico transparente, destinada para guardar los vendajes de Oso, y los implementos médicos que los niños guardan durante su estadía en la sala de hospitalización, como jeringas plásticas, parches, guantes de látex, mascarillas, cinta adhesiva quirúrgica, entre otros.



MANTA

Frazada de polar, de 50x50 cms, con vivo de color por los costados. Éste puede ser de color rosado o celeste. Representa el espacio de descanso de Oso, ya sea en forma de cama, saco, cojín, tuto, etc. También puede ser usado por el niñ@ como una manta para acunar a Oso como un bebé.



UTENSILIOS

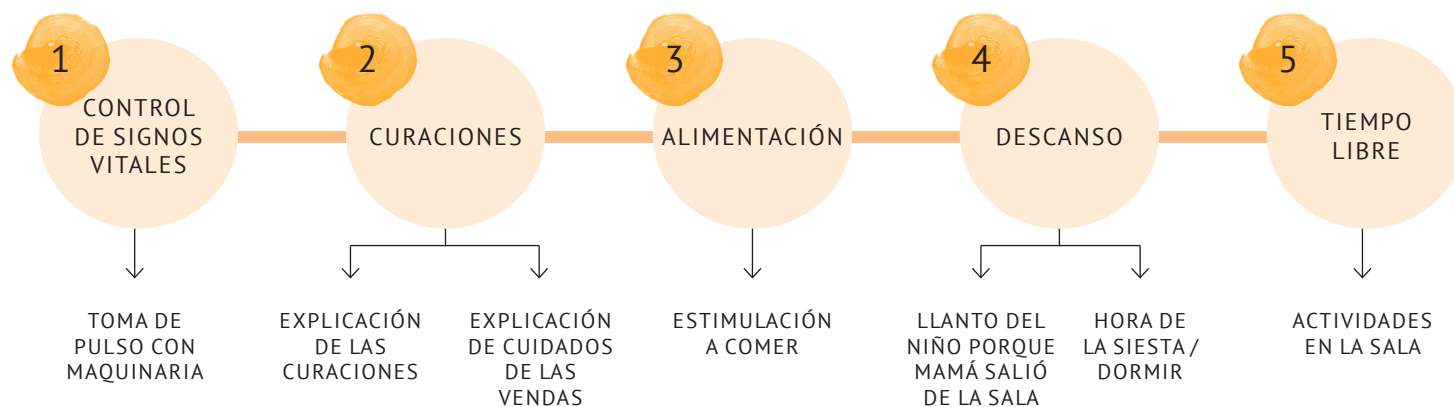
Utensilios de plástico, tamaño infantil. Representan los utensilios que necesita Oso para comer.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

GUIÓN DE INTERACCIONES PROPUESTAS

INTRODUCCIÓN

Oso puede utilizarse como medio para intervenir en ciertas actividades y procedimientos que se llevan a cabo al interior de la sala. Cabe agregar que el objetivo de estas definiciones son para proponer un **envolvente narrativo** a las interacciones que ya ocurren al interior de la sala.



1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

GUIÓN DE INTERACCIONES PROPUESTAS

ACTO 1 - CONTROL DE SIGNOS VITALES

Diariamente es necesario controlar los signos vitales de los niños, en promedio unas 6 veces al día. Ésto consiste en que uno de los técnicos de turno ingresa acompañado de la maquinaria, y se acerca a la cama del niño a controlar. Entonces, lo destapa y procede a envolver su pierna o brazo con una cinta, la cual detecta el pulso y es leído por la máquina por unos segundos. Luego vuelve a acomodar y tapar al niño para finalizar. Pero este sencillo procedimiento puede tornarse muy complicado, ya que el niño puede no querer cooperar. Debido a que poco después de ingresar a la sala, y los primeros procedimientos quirúrgicos dolorosos, los niños adquieren lo que los técnicos llaman "el síndrome del delantal blanco"; por lo que al ver a cualquier integrante del equipo médico, estallan en llanto, y se revuelven en la cama, dentro del poco rango de movimiento que generalmente tienen por los amarres. Como resultado, es posible que el técnico obtenga una lectura poco confiable del pulso, o incluso no pueda registrarlo en primer lugar.

OBJETIVOS

- Optimizar el tiempo que requiere un control rutinario, de forma especial con niños intranquilos.
- Obtener un resultado confiable en el control de pulso o presión.
- Disminuir la angustia y estrés que producen a algunos niños el control rutinario.
- Que el niñ@ le otorgue un sentido a este procedimiento.



ESCENA 1 - TOMA DE PULSO CON MAQUINARIA

En el caso de que un niño no coopere con un control de pulso, la técnico se puede presentar frente al niño solamente con el peluche, dejando la máquina de control en la estación de enfermería. Luego se presenta, y pide ayuda al niño: ahora es necesario tomar la presión del oso, para que de esta forma lo ayuden en su recuperación. Una vez presentada la actividad, la técnico deja el oso en cuidado del niño y regresa con la maquinaria. Una vez de vuelta con el niño, la técnico enseña al niño a tomar la presión de una de las patas del peluche, y posteriormente, se la toma a él. Para finalizar, la técnico agradece la ayuda del niño, y se despide.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

GUIÓN DE INTERACCIONES PROPUESTAS

ACTO 2 - CURACIONES

Las curaciones, después de las intervenciones en pabellón, son el procedimiento más importante y también uno de los más dolorosos para el niño. La diferencia crucial con el ingreso a pabellón es que, por lo general, las curaciones se realizan en la sala de procedimientos, sin aplicar anestesia general. Ésto se traduce en que el niño puede ver, sentir y recordar la experiencia, lo que la convierte en una de las mayores razones por las cuales los niños lloran y patean en los próximos procedimientos.

OBJETIVOS

- Disminuir la angustia que produce un procedimiento desconocido para el niñ@ y su familia.
- Que el niñ@ le otorgue un sentido a las curaciones, y el cuidado de sus propios vendajes.
- Promover un mejor cuidado de las posturas y de las heridas vendadas por parte de la familia y el niñ@.

ACCESORIOS RECOMENDADOS



VENDAJES



KIT DE ENFERMERÍA



ESCENA 1 - EXPLICACIÓN DE LAS CURACIONES

La enfermera a cargo de realizar y supervisar las curaciones del niño, se acerca a su cama con el oso en mano. En primer lugar, le explica que el oso se encuentra en el mismo estado de salud que él, y que necesita su ayuda para hacerle las curaciones. Entonces, la enfermera pone a disposición del niño las herramientas necesarias para esta actividad (vendajes). Luego, la enfermera le explica al niño qué parte del oso está herida (la misma del niño), y le enseña los pasos clave de las curaciones: retiro de las vendas actuales, desecho en la basura de las vendas sucias, limpieza de la herida y reposición del vendaje por uno nuevo. Para finalizar, la enfermera agradece la ayuda del niño, y se despide.



ESCENA 2 - EXPLICACIÓN DE CUIDADOS DE LAS VENDAS

La enfermera, de caso de considerar necesario, puede explicar los cuidados de los vendajes a los niños y/o a los papás. La enfermera se acerca a la cama, y explica que el oso necesita tener sus vendajes en la posición correcta, para que sus heridas se sanen más rápido. También puede mostrar ejemplos de qué o no hacer con los vendajes, las posiciones para sentarse o dormir, etc.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

GUIÓN DE INTERACCIONES PROPUESTAS

ACTO 3 - ALIMENTACIÓN

Una correcta nutrición es clave en el proceso de rehabilitación del niño quemado. Dentro de la ficha médica de casi todos los niños hospitalizados, es asignada una dieta hipercalórica, ya que su cuerpo necesita las calorías para “trabajar en las reparaciones” de sus heridas, y generar una cicatriz sana. Pero a veces los niños se niegan a probar la comida, debido a que se encuentran malhumorados

OBJETIVOS

- Estimular que el niño vuelva a retomar la alimentación vía regular, es decir, comer la dieta indicada por la nutricionista de la unidad. De esta manera, se busca disminuir el tiempo dedicado a la alimentación vía sonda en reemplazo de la vía regular (situación necesaria cuando el niño no quiere comer), ya que ésta es incómoda y produce malestares al niño@.

ACCESORIOS RECOMENDADOS



UTENSILIOS



ESCENA 1 - ESTIMULACIÓN A COMER

A la hora de comer, cuando ha llegado la bandeja con las porciones que le corresponden al niño, éste se niega a comer. No quiere probar nada, ni la comida, ni ensalada, postre o jugo. Entonces, la mamá toma al oso y puede promover las ganas de comer del niño, comenzando por anunciarle que es la hora de comer de él y de Oso, y dispone los utensilios de comida para Oso. Luego finge darle comida a Oso, y que éste come todo con gusto. Se busca promover que el niño coma ya sea por seguir el ejemplo de su amigo Oso, por no querer quedar atrás, por competencia de quién se porta mejor/se come todo, o a jugar que Oso tiene muuucha hambre y se va a comer todo, incluyendo la comida del propio niño, entre otros. Cuando el niño no está comiendo vía normal, es necesario comenzar con alimentación vía sonda.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

GUIÓN DE INTERACCIONES PROPUESTAS

ACTO 4 - Descanso

Un buen descanso y reposo son esenciales dentro de la recuperación del niño quemado. A todos los niños hospitalizados en esta unidad se les indica reposo absoluto, para que el gasto calórico se concentre en el proceso de cicatrización, por lo que deben pasar la mayor parte del tiempo posible en cama, buscando un estado relajado y tranquilo. Pero a la práctica, la realidad es muy distinta: los niños por lo general están inquietos, con dolor basal, picazón en las vendas, molestos por los amarres, asustados de su entorno, angustiados por saber donde está mamá, o simplemente aburridos. Además, se añade el estado de los cuidadores, que se muestran inquietos, enojados, angustiados, y/o al borde de las lágrimas, fuertes sentimientos que se transmiten a los niños inevitablemente.

OBJETIVOS

- Promover que el niño descanse y haga reposo.
- Disminuir la angustia y estrés que experimentan los niños al interior de la sala.

ACCESORIOS RECOMENDADOS



MANTA



ESCENA 1 - LLANTO DEL NIÑO PORQUE MAMÁ SALIÓ DE LA SALA

Si bien es difícil tranquilizar a un niño cuando llora desconsoladamente, se puede intentar consolarlo. Con Oso, se puede invitar a jugar al niño, inventar un cuento, jugar a las marionetas, enfatizar al Oso como su acompañante hasta que su mamá vuelva, etc.



ESCENA 2 - HORA DE LA SIESTA / DORMIR

La mamá le enseña la importancia de un buen descanso a su hijo, el promover la estructuración de sus horas de siesta, actividad y sueño. Toma a Oso y le explica al niño que ya es hora de dormir, y que Oso necesita un buen descanso para recuperarse más rápido y mejor. Luego le pide ayuda a su hijo para acostarlo, taparlo bien y acomodarlo.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

GUIÓN DE INTERACCIONES PROPUESTAS

ACTO 5 - TIEMPO LIBRE

Además de todos los cuidados médicos que requiere el niño hospitalizado, también es importante entregarle actividades que lo estimulen, entretengan y le devuelvan algo de su tiempo de juego perdido. Pero el riesgo de infección impide que se ingresen objetos grandes a la sala, que los niños bajen de la cama y recorran la sala a pie, o que puedan compartir juguetes entre sí. Además, el jugar activamente se contradice con el reposo absoluto. Pero el obstáculo más importante de todos es la protección de la zona afectada; los parches son delicados y requieren un cuidado especial para evitar cualquier tipo de roce que pueda moverlos, los vendajes inmovilizan miembros completos, tales como dedos de las manos, dedos de los pies, codos, cuello, rodillas, etc., y los amarres de éstos limitan aún más el rango de movimiento del niño.

OBJETIVOS

- Promover las instancias de juego del niño, que puedan ser llevadas a cabo dentro de las limitaciones propias de la sala, es decir, sin salir de la cama y con poco rango de movimiento e independencia.



ESCENA 1 - ACTIVIDADES EN LA SALA

La mayor parte del tiempo de su rehabilitación, los niños están ocupados con diferentes procedimientos, y todos los pasos que éstos implican; pabellón, curaciones, pre-medicación, recuperación, etc. Pero cuando no están ocupados, o durmiendo, a medida que avanza su recuperación, van regresando todas sus energías y ganas de jugar de niño. Asimismo, es posible proponer actividades que pueda realizar el niño en cama, y/o amarrado por vendajes, para pasar el tiempo con Oso. Tales como: dibujar, pintar, juegos de rol (a la familia, a la casa, historias de ficción, etc), vestir a Oso, atenderlo, etc. Estos juegos también pueden involucrar a papás y a equipo médico.

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

MANUAL DE INSTRUCCIONES

MANUAL DE INSTRUCCIONES

A partir de la formulación del personaje, comencé a evaluar cuáles serían los formatos para materializar esta información. En primer lugar, se necesita una fuente que acompañe directamente al peluche, para que al momento de ser entregado a un profesional de la unidad de quemados, o incluso de cualquier otro establecimiento u profesión, pueda tener una primera presentación consistente del personaje. Para lograr esto, este formato debería contener la información esencial sobre el personaje, sus características e interacciones. Al ser el destinatario principal el equipo médico de la unidad, este manual incluirá las indicaciones primordiales de su uso en sala, por lo que estaría diseñado para uso exclusivo de ellos.

PROTOTIPO 1

Para el primer prototipo, se consideró un formato en los límites de un papel tamaño carta, para que luego pudiera ser impreso por el mismo equipo (Figura 31). Asimismo, debía equilibrar el límite de lo legible y el tamaño pequeño de papel para lograr un manual estilo "pocket", para que pueda ser acoplado al peluche más cómodamente. De esta forma, se decidió diseñar su tamaño de pliego para ser un cuarto de hoja carta, impreso por ambos lados.

En primera instancia, su contenido debía incluir: una breve presentación, una explicación de su materialidad para resaltar el uso de tela especializada en su construcción, y las indicaciones para incluirlo en las interacciones propuestas (Figura 32).

ILUSTRACIONES

Posteriormente, se comenzó con la ilustración de cada una de las interacciones propuestas, además del personaje para la presentación de sus características. Éstas debían representar al oso y a los actores humanos de la sala según el estilo gráfico del sistema, manteniendo un equilibrio entre una representación realista (para que sea posible reconocer los espacios de la sala, sus elementos, maquinaria, etc) y una caricaturezca (para que enfatice la expresionalidad de los personajes, y la emocionalidad única que marca cada situación (Figura 33).

PROTOTIPO 2

Una vez terminado el primer prototipo, se determinó que faltaban algunos aspectos a explicar al inicio sobre las recomendaciones de uso del peluche y sus diferentes roles, entre otros. Además, se incluiría al final de éste una conexión a otros elementos del sistema, específicamente a la historia del personaje presentada en un cuadernillo para pintar, ya que se conecta su formato de entrega con la última interacción de Tiempo Libre.

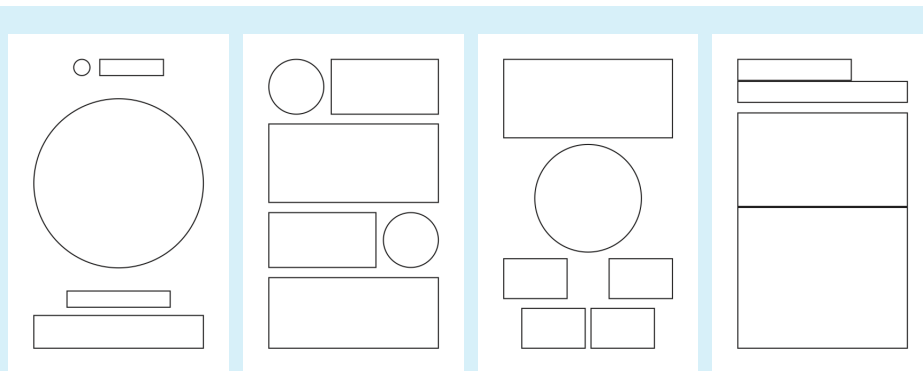


FIGURA 31

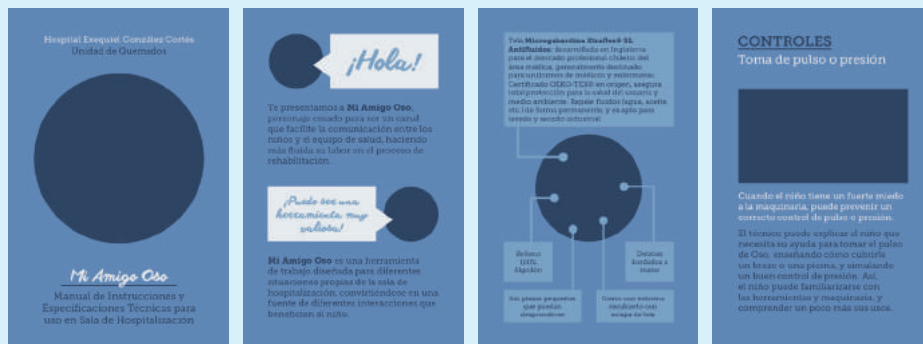


FIGURA 32

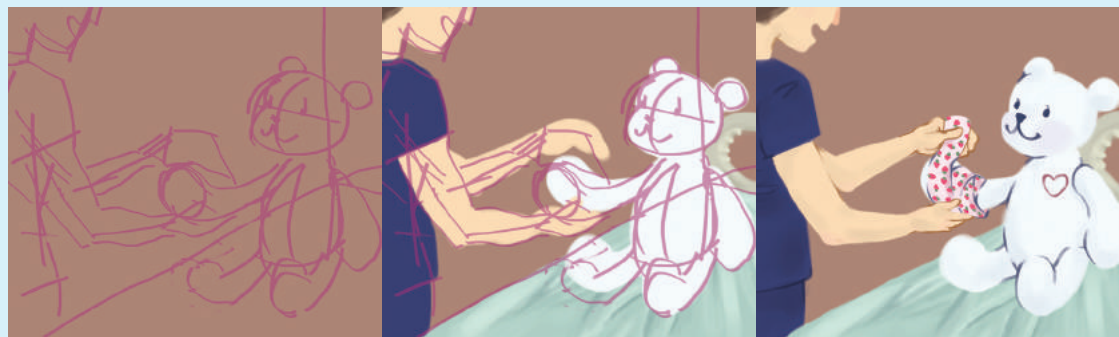


FIGURA 33

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

MANUAL DE INSTRUCCIONES

1

Hospital Ezequiel González Cortés
Unidad de Quemados



Mi Amigo Oso
Manual de Instrucciones y Especificaciones Técnicas para uso en Sala de Hospitalización.

2



3



¡Hola!

Te presentamos a **Mi Amigo Oso**, personaje creado para ser un canal que facilite la comunicación entre los niños y el equipo de salud, haciendo más fluida su labor en el proceso de rehabilitación.



¡Puedo ser una herramienta muy valiosa!

Mi Amigo Oso es una herramienta de trabajo diseñada para diferentes situaciones propias de la sala de hospitalización, convirtiéndose en una fuente de diferentes interacciones que benefician al niño.

4

¿Por qué "Mi Amigo Oso"?

El personaje protagonista de **Mi Amigo Oso** no posee un nombre asignado, debido a que es, precisamente, su falta de nombre lo que le permite **representar múltiples roles e identidades**, asignados por lo que desee imaginar el niño, o también algún rol que necesite el equipo médico para una interacción en específico. Así, puede representar al propio niño y su historia personal, o también un amigo que necesita de los cuidados del niño para recuperarse, o un compañero que de el ejemplo para el niño, u otra persona: mamá, papá, hermano, enfermera, doctor, técnico, etc.

5

Tela **Microgabardina Ktraflex® EL Antifluído** desarrollada en Inglaterra para el mercado profesional chileno del área médica, generalmente destinado para uniformes de médicos y enfermeras. Certificado Oeko-Tex® en origen, asegura total protección para la salud del usuario y medio ambiente. Repele fluidos (agua, aceite, etc.) de forma permanente, y es apto para lavado y secado industrial.



CURACIONES

Explicación procedimiento de limpieza y curación



Una curación puede verse obstaculizada por el miedo a lo desconocido por parte del niño.

La enfermera puede explicar al niño que Oso también necesita curaciones como él, qué parte del oso está herida (la mamá del niño), y enseñarle los pasos clave del procedimiento: retiro de las vendas actuales, desecho en la basura de las vendas sucias, limpieza de la herida y reposición del vendaje por uno nuevo.

11

CURACIONES

Cuidado y precaución de vendajes y parches



La enfermera puede explicar los cuidados de los vendajes a los niños y familiares.

La enfermera puede contarle al niño que Oso necesita sus vendajes en la posición correcta, para que sus heridas sanen más rápido. También puede mostrar qué se debe hacer o no con los vendajes, buenas posiciones para sentarse o dormir, etc. Así, el niño puede ayudar en los cuidados de Oso y comprender sus beneficios.

12

ALIMENTACIÓN

Estimulación a comer



Cuando el niño está bajo mucho estrés, puede dejar de querer comer y/o tomar su leche.

Se puede anunciar al niño que es su hora de comer y de Oso. Luego se finge darle comida a Oso, y que éste come todo con gusto. Se busca promover que el niño coma ya sea por seguir el ejemplo de su amigo Oso, por no quedar atrás, competir por quién se porta mejor, etc. También es posible pedir la ayuda del niño para darle de comer a Oso, comiendo ambos.

13

DESCANSO

Llanto del niño porque mamá salió de la sala



Si bien es difícil tranquilizar a un niño cuando llora desconsoladamente, se puede intentar consolarlo.

Se puede invitar a jugar al niño con Oso; inventar un cuento, jugar a las marionetas, enfatizar al Oso como su acompañante y compañero hasta que su mamá vuelva, etc.

14

DESCANSO

Hora de la siesta u hora de dormir



Un buen descanso es muy beneficioso durante el proceso de rehabilitación y recuperación del niño.

Se puede comenzar por explicar al niño que ya es su hora de dormir y la de Oso, y que este último necesita un buen descanso para recuperarse más rápido y mejor. Luego se le pide ayuda al niño para acostarlo, taparlo bien y acomodarlo.

15

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

MANUAL DE INSTRUCCIONES

6

Recomendaciones

El trabajo con Oso es recomendado para niños **entre los 3 y 5 años**, pero no está limitado a este rango.

El peluche de Oso está diseñado para un uso individual, siendo entregado al niño al comienzo de su estadía al interior de la sala de hospitalización, para luego irse juntos en el alta.

Se recomienda lavar el peluche completamente en una lavadora para mantener su limpieza, con la frecuencia que se considere necesaria, según uso.

Además, es muy importante cuidarlo de caídas al piso, y del préstamo entre niños, ya que estas situaciones presentan un gran riesgo de infección para el niño.

7

Roles

Mi Amigo Oso posee un conjunto de diferentes vestimentas, que le permiten personificar los diferentes roles que puede representar:



Ropa casual: Polerón Pañal de tela Polera de pijama

Bebé, Infante o niño



Uniforme: Polera azul marino **Enfermera**

Uniforme: Polera estampada **Técnico**

8

Accesorios



Vendajes

Representan vendajes que cubren las heridas de quemadura.



Utensilios

Más pequeños que el promedio, para ajustarse a Oso.



Manta

Representa la cama de Oso, o un tuto para envolverlo, por ejemplo.



Kit de enfermería

Caja para guardar accesorios como las vendas, o recuerdos que les gustan a los niños, como por ejemplo, jeringas plásticas.

9

Interacciones

Mi Amigo Oso puede ser utilizado por el equipo médico para intervenir en diferentes áreas de interacción propias de la sala de hospitalización.

Controles

1. Durante los controles rutinarios diarios.

Curaciones

2. En la preparación previa a una curación.

Alimentación

3. Durante los horarios de comidas.

Descanso

4. En eventos que impiden el buen descanso de los niños.

Ocio

5. Durante los momentos de aburrimiento.

10

CONTROLES

Toma de pulso o presión



Cuando el niño tiene un fuerte miedo a la maquinaria, puede prevenir un correcto control del pulso o presión.

El técnico puede explicar al niño que necesita su ayuda para tomar el pulso de Oso, enseñando cómo cubrirle un brazo o una pierna, y simulando un buen control de presión. Así, el niño puede familiarizarse con las herramientas y maquinaria, y comprender un poco más sus usos.

TIEMPO LIBRE

Actividades y juegos



A medida que los niños avanzan en su recuperación, recuperan también sus energías y ganas de jugar.

Es posible proponer actividades que pueda realizar el niño en cama, y/o amarrado por vendajes, para pasar el tiempo con Oso. Tales como: dibujar, pintar, juegos de rol (a la familia, a la casa, historias de ficción, etc), vestir a Oso, atenderlo, etc. Estos juegos también pueden involucrar a papás y al equipo médico.

Complementos

Mi Amigo Oso también posee un pequeño cuento, el cual narra su historia antes, durante y después de su hospitalización.

Esta historia está dirigida tanto para el niño como para su familia, y su formato es de un **cuadernillo** en blanco y negro **para colorear**.

Sus objetivos pedagógicos y funcionales se explican con detalle en su **versión exclusiva** de uso por parte del personal médico.



Complementos

Las ilustraciones para colorear de **Mi Amigo Oso** también están disponibles en formato individual, diseñadas con el objetivo de pasar a formar parte del panel **Mi Amigo Oso y yo**, el cual invita a los niños a contar la historia del personaje de forma colaborativa, gracias a la posibilidad de añadir partes de la narrativa a través de la pintura.



16

17

18

19

20

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

MANUAL DE INSTRUCCIONES

CUADERNILLO MANUAL DE INSTRUCCIONES

Además del manual "pocket", se propone el uso del manual en un formato más grande, que si bien mantiene los mismos contenidos del primer formato, éste tiene por objetivo permitir una lectura más cómoda de los textos, y de ser un elemento que permanezca en el escritorio de la estación de enfermería, disponible para hojear en todo momento para los integrantes del equipo médico. Su formato mantendría los límites del tamaño carta, para ser un recurso a disposición de impresión libre por parte del equipo. Por último, contiene al final una copia física en CD con las copias editables del material.

PÓSTER INTERACCIONES DEL SISTEMA

Además de los formatos de entrega impresa, se diseñó un formato más grande, destinado a ser un póster instalado en la estación de enfermería. Su objetivo sería ser una primera capa de información sobre los usos de oso para los integrantes que no lo conocen, y ser un recordatorio visual sobre los tipos de intervenciones que se pueden realizar con el personaje.



1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

HISTORIA DEL PERSONAJE

INTRODUCCIÓN

Una vez sentadas las bases de la historia del personaje, fue necesario establecer el contexto en el que ésta se utilizaría. El objetivo principal sería contar la historia de Oso principalmente a los niños, y también sus familiares.

En cuánto a sus características, ésta busca contextualizar al personaje:

- 1 Como un hijo: el personaje posee una figura materna y/o paterna, y se inserta en una familia. (Figura 34)
- 2 Como un niño: el personaje tiene una personalidad y realiza actividades propias de un niño humano de esa edad. (Figura 35)
- 3 Como un hermano: el personaje posee hermanos, con los que tiene una buena relación y comparte actividades y juegos. (Figura 36)
- 4 Como un niño@ quemado: el personaje también sufrió una herida de quemadura, y comparte la experiencia de hospitalización que los niños de la unidad. Se incluye que el personaje está de forma temporal, ya que después de recuperarse volverá a su casa. (Figura 37)

El relato narrativo se basa en la cadena de eventos que representa más al niño hospitalizado; el antes, durante y después de la hospitalización.

FORMATO

Debido a que es dirigido a los niños, se diseñó como una actividad que los involucre. Ésta se inserta en una de las actividades más realizadas por los niños de la sala; pintar. Ya que no pueden traer ni recibir regalos de comida, juguetes u otros, lo más frecuente es que traigan cuadernos de dibujo y lápices y/o reciban láminas para pintar por parte de voluntariados, principalmente de las Damas de Calipso.

De esta forma, el formato sería un cuadernillo para pintar, ya que un cuadernillo sirve un mayor número de veces que una lámina, y también puede tener una línea narrativa de un cuento, al ser corcheteado en un orden determinado. Por lo tanto, todo su contenido debe ser en blanco y negro, y para que pueda ser producido por los mismos integrantes de la sala, en tamaño hoja carta, con líneas y textos gruesos para ser fotocopiado múltiples veces, y de fácil armado.



¡Conoce a la familia de tu amigo Oso! Él vive junto a su mamá, papá y abuelita. ¡Y tiene dos hermanos mayores!

FIGURA 34



¡Este osito también va al jardín! Le gusta mucho cuando su hermano mayor lo acompaña.

FIGURA 35



A la hermana grande de Oso le gusta mucho jugar a cocinar y comer, ¡igual que a él!

FIGURA 36



Un día, este osito debió ir al Hospital. ¡Era un lugar totalmente nuevo! Pero su mamá siempre estaba a su lado.

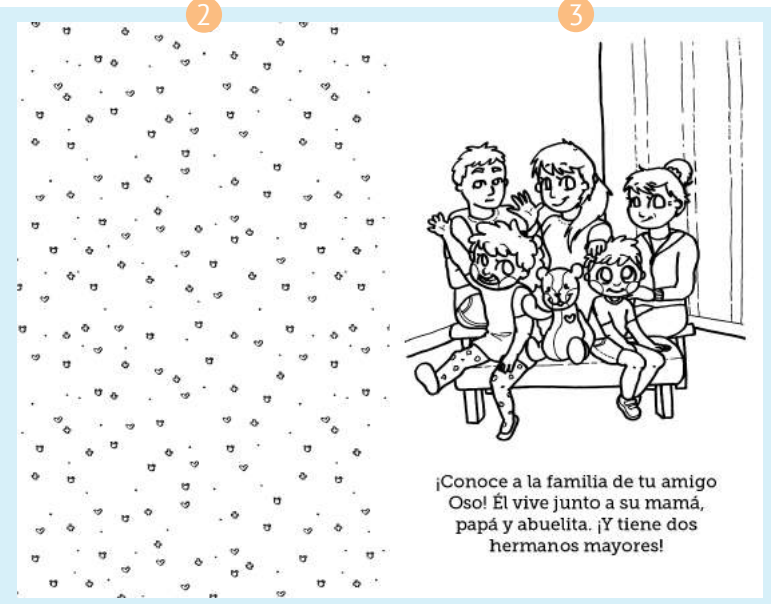
FIGURA 37

1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

HISTORIA DEL PERSONAJE

DEFINICIONES


- 1 Portada: presenta al cuadernillo como parte del sistema narrativo, ya que contiene el nombre y el personaje en portada.
- 2 Guarda anterior
- 3 Presentación familia del personaje: se presenta a Oso como parte de una familia de personas, donde es el hijo menor. La familia tiene una mamá, papá, abuela, y una hermana y hermano mayores. Se busca identificar al personaje como un niño que posee una familia.
- 4 Camino al jardín: se plantea un contexto para el personaje, en el cual éste va al jardín. Se busca identificarlo como un niño de entre 3 y 5 años aproximadamente.
- 5 Dormir: se presenta parte de la casa y pieza del personaje, destacando una actividad que realiza. Ésto con el objetivo de ser referida cuando se acerca el final de la historia.
- 6 Juego con hermana: se busca establecer al personaje como cercano y querido por sus hermanos mayores.
- 7 Llegada a la unidad: el objetivo es hacer una transición desde la vida cotidiana del personaje, a entrar a hospitalización, sin hacer explícito el momento de la quemadura. Además, se busca presentar el apoyo emocional que proveen las mamás al estar presentes caso todo el tiempo al interior de la sala.
- 8 Presentación personal médico: se busca reforzar el concepto de los integrantes del personal médico tratante y de apoyo como una figura positiva y beneficiosa.
- 9 Dormir: se hace alusión a la situación presentada en la hoja 5 con el fin de entregar el mensaje de que a pesar de la hospitalización, el personaje sigue siendo él mismo.
- 10 Retorno a casa: el objetivo es mostrar al personaje una vez terminada la hospitalización, estableciendo que éste si bien está al interior de la unidad, volverá después a su casa. Además, se presenta el alta hospitalario como un reencuentro con sus hermanos mayores, ya que éstos no pueden ingresar a la unidad de quemados, por lo que no pueden visitarlo durante toda su hospitalización.
- 11 Guarda anterior
- 12 Contraportada



1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

HISTORIA DEL PERSONAJE

4



¡Este osito también va al jardín!
Le gusta mucho cuando su hermano mayor lo acompaña.

5



¡Y mira! También le gusta mucho dormir...
¡Qué desorden ha dejado!

6



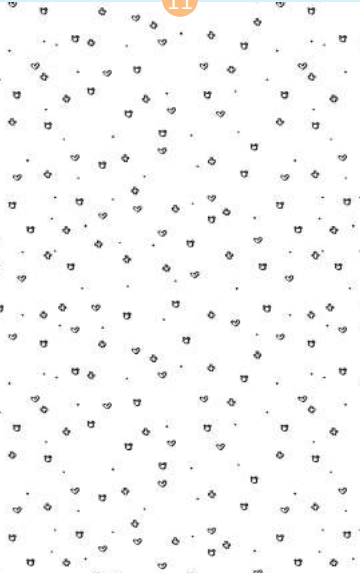
A la hermana grande de Oso le gusta mucho jugar a cocinar y comer,
¡igual que a él!

10

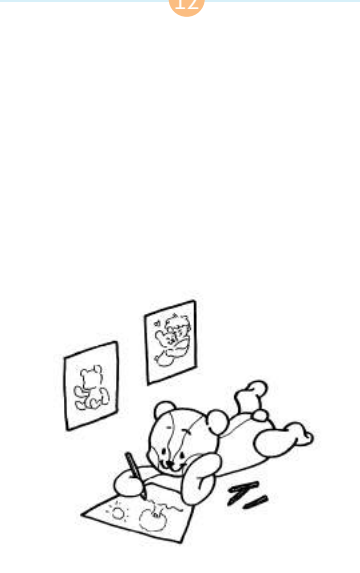


Cuando tu amigo Oso se recupere, ¡Podrá volver a su casa!
¡Se pondrá muy contento cuando vea a sus hermanos!

11



12



1. FUENTE Y MOTOR DE COMUNICACIÓN: PERSONAJE OSO

HISTORIA DEL PERSONAJE

PANEL DE DIBUJOS

También se diseñó un formato alternativo al cuadernillo para pintar, el cual correspondería a la impresión de sus páginas por separado en formato de hoja carta completa, de esta forma las ilustraciones funcionarían también de forma individual.

Así, estos dibujos podrían después ser expuestos como son los dibujos actualmente en la sala, pegados a las paredes con lo que esté disponible; cinta adhesiva, stickers, o cinta quirúrgica hipoalérgica. (por que los niños quieren ver sus dibujos, y mostrárselos a sus papás)

Se propone crear un espacio donde estos dibujos puedan ser recopilados y expuestos, convirtiéndose en un punto de colaboración entre los niños de la sala para contar la historia del personaje, y mostrarla a los nuevos niños que lleguen a la sala.



2. PANEL DE CUIDADOS E INDICACIONES EN SALA

INTRODUCCIÓN

Además de la herramienta Mi Amigo Oso para un trabajo activo en sala, existiría otra herramienta de acción más pasiva, un panel de cuidados e indicaciones dentro de la sala de hospitalización. Después de la reformulación del folleto de entrega individual a los padres a su llegada, se pasó a diseñar el segundo prototipo, en el cambio de formato.

SEGUNDO PROTOTIPO

Este nuevo prototipo (Figura 38) presenta los siguientes cambios desde el Prototipo 1:

- Cambio en el enfoque y forma de comunicar el reglamento y sus límites: Se colocó al niño en primer lugar, como centro (literal) del afiche, y el cual se encuentra rodeado de los posibles riesgos a los que debe enfrentarse.
- Asimismo, los límites para los padres fueron reformulados hacia el cuidado del niño, es decir, en vez de decir *“El uso de pechera es obligatorio”*, se reformula como *“Si tu hijo está en aislamiento de contacto, protégelo usando pechera, guantes y mascarilla.”* El objetivo es fomentar las buenas prácticas por parte de los padres.
- Además, el saludo inicial tiene por objetivo presentar la Unidad a los padres como un equipo, en el cual ellos también pueden participar y colaborar, para así encaminarlos hacia un nuevo papel más activo y positivo en el funcionamiento de la sala.
- Tamaño grande, de 90x60 cms, para ser fijado en la pared de la Sala de Hospitalización
- Uso de ilustraciones grandes y para todas las indicaciones. Para efectos del primer testeo, no se incluyeron las ilustraciones que aún no estaban digitalizadas. (Figura 39)
- División de reglamento entre riesgos para los niños, y consejos para los padres sobre el uso de los espacios.

Posteriormente, se presentó este segundo prototipo del Afiche de Indicaciones al equipo médico. Junto a la revisión del prototipo, investigué sobre la posibilidad de incluir en las indicaciones de la sala tareas para los padres, actividades de las cuales eran responsables y que les entregaran un papel participativo en la rehabilitación de su hijo. El objetivo de esta adición sería reformular el papel de los papás hacia un un rol positivo y de ayuda para el equipo médico. Las inquietudes y comentarios de la enfermera jefe fueron los siguientes:



FIGURA 38

FIGURA 39

2. PANEL DE CUIDADOS E INDICACIONES EN SALA

- El uso de ilustraciones le parece correcto, le hacen sentido y además le agradan.

- La cambio de enfoque en la forma de redactar los textos de las indicaciones le parece correcto, ya que lo considera como una forma de persuasión para que los padres adquieran y practiquen mejores hábitos.

- Natalia me expresa su preocupación por la tonalidad oscura del color de fondo.

- Sobre el posible ítem de “Tareas” para los padres:

❶ “Control del peso del pañal”: Actualmente, cuando el niño quiere ir al baño, los papás se encargan de registrar el volumen de orina en un recipiente especial, o de pesar el pañal usado antes de usarlo. Este control es esencial en el tratamiento de niños quemados, debido a la importancia del equilibrio de líquidos al interior del cuerpo. (Ésto se explica en la página 44)

Natalia me dice que ésto en realidad es tarea de las técnicas. Pero puede ser reemplazado por el dar aviso cuando el niño va/quiere ir al baño.

❷ “Recibir comida en la entrega de bandejas”: En la sala de hospitalización, la comida llega hasta la estación de enfermería, entregada por un auxiliar desde la cocina, quien deja las bandejas y/o colaciones encima del mueble al costado del lavamanos de la sala de hospitalización. Después de esto, los padres van hacia el mueble y buscan cuál es lo indicado para su hijo.

Natalia me explica que ésto también es papel de los técnicos. Además, Natalia destaca que desde la cocina mandan a veces mal las porciones, o pacientes con ayuno, reciben comida de todas formas. Entonces, es necesario que los técnicos revisen primero la comida antes de pasársela a los papás, es decir, debe pasar por sus manos en primer lugar.

❸ “Control de caídas”: Cuando los papás están al lado del niño, es su tarea que éste no baje de la cama o se caiga al suelo. Natalia me dice que ésto sí, está bien.

TERCER PROTOTIPO

Luego del testeo del prototipo 2, incluí casi todas las ilustraciones que faltaban por terminar, y ajusté la paleta de colores. Para seguir con el desarrollo del tercer prototipo, revisé un borrador con Pablo, junto a las observaciones de Natalia recopiladas en el testeo.

Producto de esta revisión, reformulamos la presentación de cada tema, ya que si bien los primeros dos “Infecciones” y “Alimentación” podían ser representados con niños de una manera satisfactoria, los otros dos “Dolor” y “Estrés” no presentaban una oportunidad de ilustración muy acorde al objetivo del afiche, ya que la idea de imprimir ilustraciones de niños llorando y sufriendo algún malestar no era una buena decisión de diseño. Además, se decidió cambiar el título de “Estrés” a “Descanso”, ya que este título estaba enfocado erróneamente, ya que es un punto que habla del descanso y sus beneficios, por lo que daba una primera impresión errónea.

Por último, los cuatro temas principales tienen una gran diferencia que los divide en dos grandes grupos: los de **amenazas** contra el niño (Infecciones y Dolor), y los **beneficios** para éste (Alimentación y Descanso). Asimismo, se hace necesaria una división gráfica que enfatice estos grupos. Ésta se incorporó a través de la paleta de colores, siendo la mitad de “Amenazas” de un tono menos saturado y oscuro, y la otra mitad de “Beneficios” de un tono más claro y colorido. (Figura 40)

Al realizar todos estos ajustes, y destinar la esquina inferior derecha del afiche para un espacio donde se puedan dejar a disposición de los padres material complementario del sistema, se terminó el desarrollo de este tercer prototipo. (Figura 41)

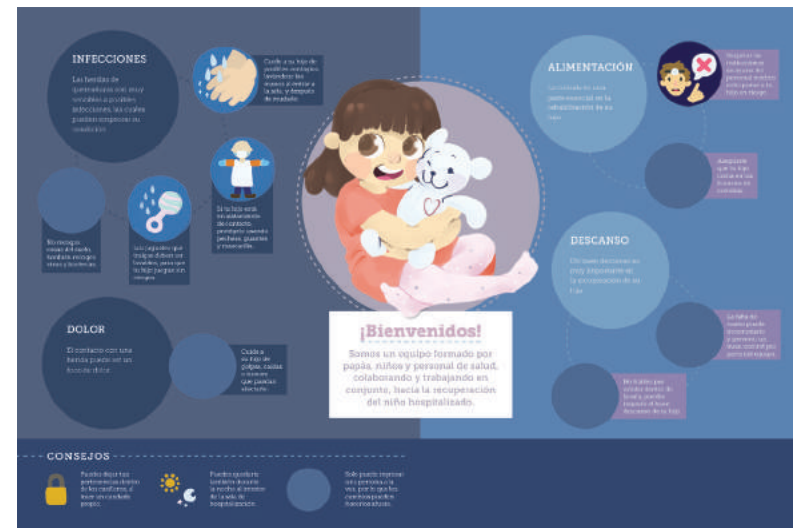


FIGURA 40

2. PANEL DE CUIDADOS E INDICACIONES EN SALA

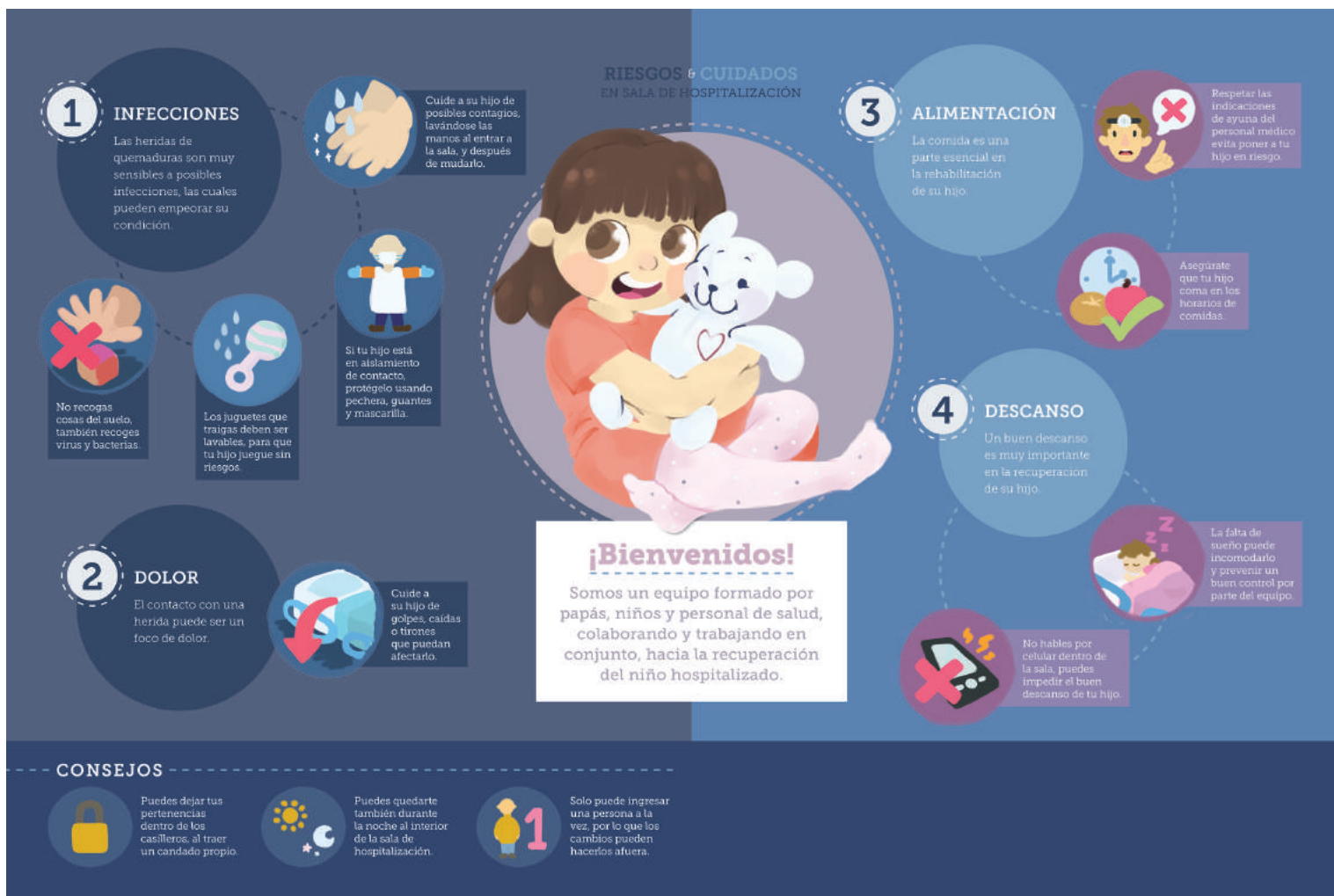


FIGURA 41

3. BUENA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO: FOLLETO DE CUIDADOS EN EL ALTA

PRIMER PROTOTIPO

A partir de las observaciones y análisis realizados al folleto de entrega al alta de la hospitalización del niño, en conjunto a Natalia, se comenzó el desarrollo de una primera propuesta. En primer lugar, se rediseñó la información, para complementarla con ilustraciones que enfatizaran cada tema, con el cuidado de no alterar los contenidos del folleto actual, para que su incorporación fuera sin problemas. Uno de los aspectos más importantes incorporados en el desarrollo del prototipo fue trabajar en torno al formato de impresión del folleto actual: su diseño se enfoca en el menor costo y tiempo de producción posibles, al ocupar solo una hoja tamaño carta, impresa por ambos lados y en blanco y negro. Además, todos los folletos son fotocopias. De esta manera, el prototipo también ocupa este mismo formato de hoja, pero incorporando elementos de línea gruesa para no perderse en el fotocopiado, con márgenes gruesos para que el contenido no se vea recortado si la impresión se desencuadra. (Figura 42)

PRIMER TESTEO

Una vez terminado el primer prototipo, se revisó en conjunto a Gabriela Fravega, técnico paramédico del Área de Cirugía y Traumatología. Expresó su aprobación al diseño, y me dio algunos comentarios:

- 1 La ilustración y tipografía en la portada le hacían sentido que fueran “como infantil”.
- 2 Consideraba necesario añadir un aviso sobre la importancia de lavarse las manos.
- 3 Enfatizar la importancia de las comidas, ya que son muy buenas para el proceso de cicatrización. “Las mamás le dan cualquier cosa, papas fritas, chocolate, y les da lo mismo”. Destacó el punto sobre la vitamina C y su importancia en el alta.

Además, el prototipo se mostró brevemente a Natalia, ya que era un día de muchísima actividad en la Unidad de quemados, por lo que no podía hacer testeos. Le gustó mucho, y le llamaron la atención las ilustraciones, sobre todo la de la portada. (Figura 43)

SEGUNDO PROTOTIPO

Después de revisar el primer prototipo junto al equipo médico y Pablo, se rediseñó la ilustración de portada para incorporarla de mejor manera a las ilustraciones del sistema, además de cambiar el formato del papel por uno más grueso, para proyectar su uso para cuando la familia y el niño vuelvan al hospital después del alta de hospitalización, para alguno de los próximos controles. Así, podría llevarse un registro de los controles en la contratapa del folleto. (Figura 44)

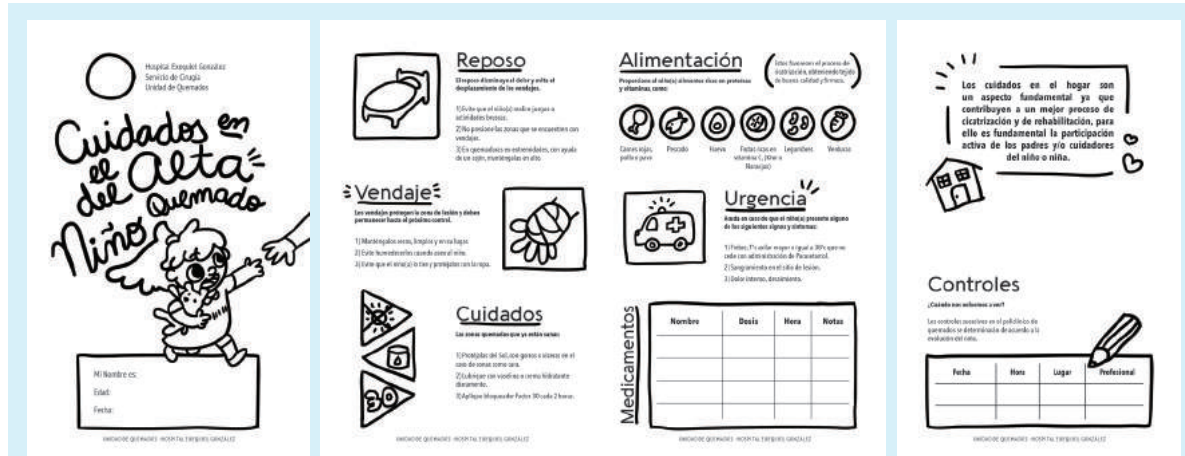


FIGURA 42

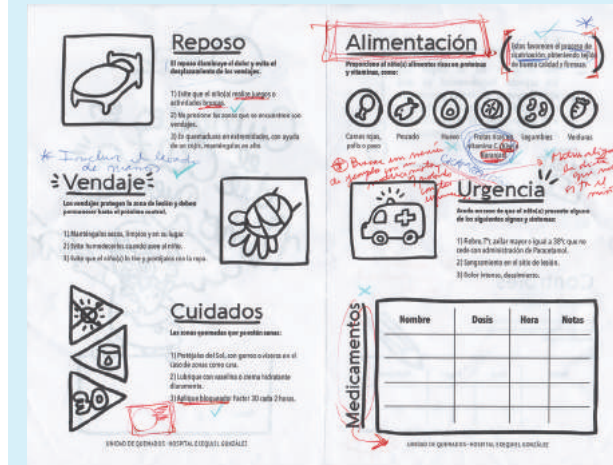


FIGURA 43

3. BUENA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO: FOLLETO DE CUIDADOS EN EL ALTA

1

Hospital Ezequiel González
Unidad de Quemados

Cuidados del niño en casa



Controles posteriores a la Hospitalización

Mi Nombre es:

Edad:

Fecha:

Unidad de Quemados - Hospital Ezequiel González

2



Reposo

El reposo disminuye el dolor y evita el desplazamiento de los vendajes.


- 1) Evite que el niño(a) realice juegos o actividades bruscas.
- 2) No presione las áreas que se encuentran con vendajes.
- 3) En quemados en extremidades, con ayuda de un cojín, manténgalas en alto.



Vendaje

Los vendajes protegen la zona de lesión y deben permanecer hasta el próximo control.

- 1) Manténgalos secos, limpios y en su lugar.
- 2) Recuerde lavar las manos antes del aseó.
- 3) Evite humedecerlos cuando aseé al niño.
- 4) Evite que el niño(a) lo tire y protéjalos con la ropa.



Cuidados

Las zonas quemadas que ya están sanas:

- 1) Protéjelas del Sol, con gorros o viseras en el caso de zonas como cara.
- 2) Lubrique con vaselina o crema hidratante diariamente.
- 3) Aplique Moqueador Factor 30 cada 2 horas.


Unidad de Quemados - Hospital Ezequiel González

3

Alimentación

Estos favorecen el proceso de cicatrización, obteniendo tejido de buena calidad y firmeza.

Proporcione al niño(a) alimentos ricos en proteínas y vitaminas, como:


Carnes
roja, pollo
o pavo


Pescado


Huevo


Frutas ricas
en vitamina
C. (Kiwi o
Naranja)


Legumbres


Verduras



Urgencia

Acuda en caso de que el niño(a) presente alguno de los siguientes signos y síntomas:

- 1) Fiebre. T_{ax} axilar mayor o igual a 38°C que no cede con administración de Paracetamol.
- 2) Sangramiento en el sitio de lesión.
- 3) Dolor intenso, insomnio.

Medicamentos

Nombre	Dosis	Hora	Notas

Unidad de Quemados - Hospital Ezequiel González

4

Los cuidados en el hogar son un aspecto fundamental ya que contribuyen a un mejor proceso de cicatrización y de rehabilitación, para ello es fundamental la participación activa de los padres y/o cuidadores del niño o niña.



Controles

¿Cuándo nos volvemos a ver?

Los controles sucesivos en el policlinico de quemados se determinarán de acuerdo a la evolución del niño.

Fecha	Hora	Lugar	Profesional

Unidad de Quemados - Hospital Ezequiel González

FIGURA 44

4. VISUALIZACIÓN COMPLEMENTARIA FICHAS MÉDICAS

DETECCIÓN DE NECESIDAD

La idea de este prototipo nace a partir de una inquietud por parte de Carmen Gloria, técnico de la unidad de quemados, la cual era la posibilidad de poder contar con una herramienta que visualice las zonas quemadas de un niño. De esta forma, en el caso de controlar a un niño, poder entender de forma rápida la zona afectada de su cuerpo y así controlar su postura (que no se esté apoyando en una zona que no debe, por ejemplo). De esta manera, se disminuiría el tiempo en el que el niño y sus heridas están en una mala postura, lo que finalmente mejoraría la calidad y resistencia de la cicatriz.

PRIMER PROTOTIPO

A partir de esta necesidad, diseñé un plano donde se oponen dos ilustraciones de niños, una de frente y una por atrás, ambas en sus dos versiones: una niña y un niño. Las ilustraciones fueron en escala de grises, de forma que se pueden fotocopiar en blanco y negro, y puede ser rayado encima con un lápiz pasta (lápiz con el que marcan y escriben toda la información en las fichas médicas), sin confundirse entre sí. (Figura 45)

REVISIÓN PROTOTIPO

Les presenté el primer prototipo de siluetas, a Natalia y Alejandra (técnico de turno). Ambas se mostraron contentas con el estilo de dibujo, y respondieron que las deformaciones de la anatomía del niño propias de una caricatura no eran problema, ya que ésta sería una herramienta de uso interno para ellas, y no formarían parte de un informe técnico (el cual debe ser realista).

Me mostraron además que ya existe una silueta similar, la cual está dentro del informe del niño que viene desde el informe del ingreso. Éste es una ilustración de un niño desnudo, con énfasis en ambas manos y en la cara, para marcar quemaduras de forma más específica. Pero esta ilustración forma parte de un informe que es producido desde el ingreso del niño a la UPC, y que no puede ser extraído desde la carpeta de registro.

A ambas se les ocurre que la hoja podría ser corcheteada e incorporada a la actual ficha del niño, que se encuentra la mayor parte del tiempo colgada atrás del asiento de la enfermera. Más específicamente sería en la "hoja de curvas", la cual es la única que no es reemplazada durante toda la duración de la hospitalización del niño, ya que su punto principal es un gráfico que muestra la evolución del niño a través de su estadía en la sala.

Natalia agrega que esta herramienta debería ser de uso exclusivo en la estación de enfermería, ya que "los otros papás no tienen por qué saber de las quemaduras de los otros niños, a los papás no les gusta que los demás sepan".

Por último, le pedí a Natalia que llenara una silueta como ejemplo, con alguno de los casos de los niños que estaban en hospitalización. (Figura 46)

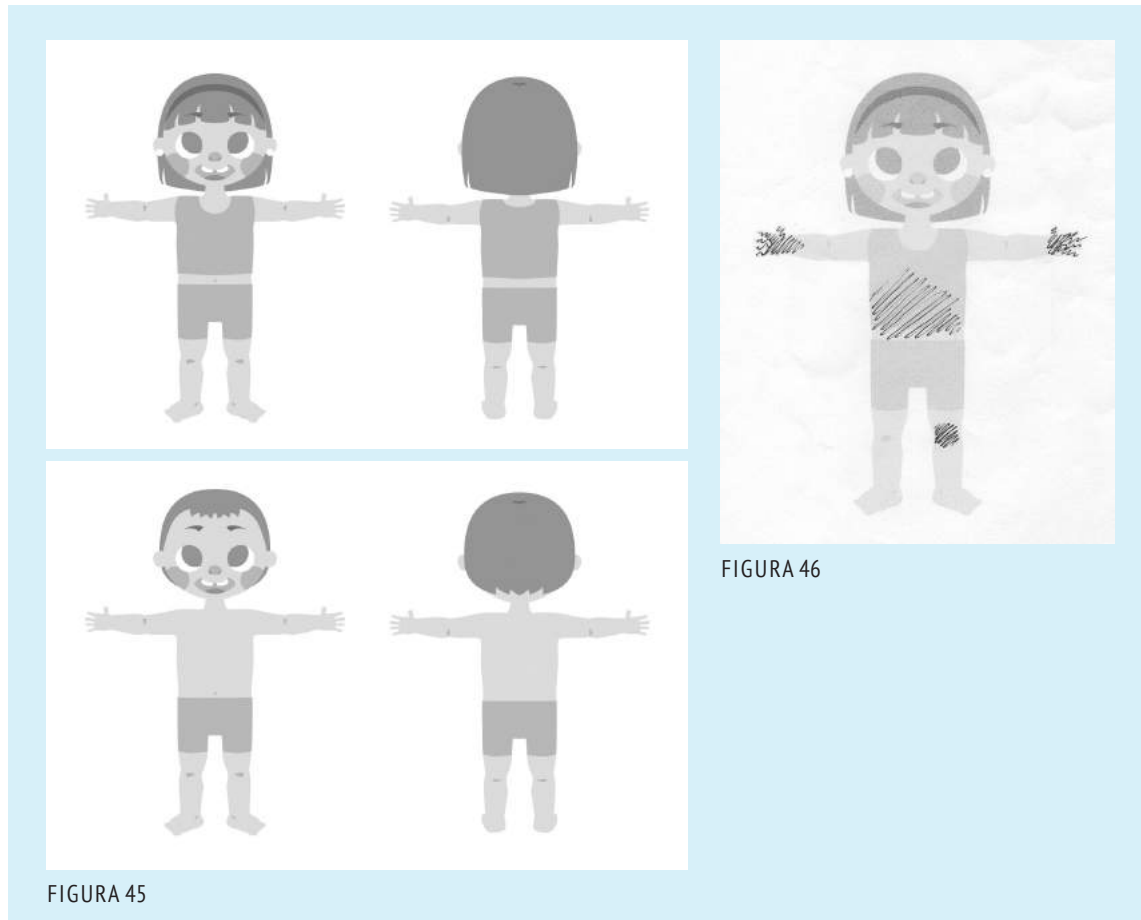


FIGURA 45



FIGURA 46

5. DENSIFICACIÓN DEL SISTEMA

Una vez diseñados los componentes principales del sistema propuesto, comencé un proceso de complejización, buscando aumentar y entrelazar los puntos de contacto que tienen los diferentes actores, con los puntos que conforman el sistema, mediante la adición de múltiples medios que complementen los nodos principales.

PIN DE PRESENTACIÓN

En primer lugar, se incorporaría en el uniforme de los integrantes del equipo médico un guiño del carácter narrativo, representado por un pin de presentación, con una ilustración del personaje "Mi Amigo Oso". El objetivo es que las personas que recién lleguen a la Unidad, tanto niños como padres, puedan ver al personaje, y detectar una conexión entre éste y la enfermera y técnicos. Y que, además, que acompañe la primera impresión que tengan de éstos. (Figura 47)

SEÑALÉTICA DE LAS SALAS

En segundo lugar, se propone rediseñar la señalética que indica las diferentes salas de la unidad del nuevo edificio, para incorporarlas al carácter narrativo del personaje. (Figura 48)

STICKERS

Siendo un material bastante llamativo para los niños, e inócuo para los que están hospitalizados, los stickers son un buen medio para esparcir una narrativa por la sala y/o los objetos y ropa de los que la habitan y/o visitan.

Por un lado, se proponen stickers que representan escenas de interacción entre el personaje y un niño, para dar a conocer su propósito, y ejemplificar los tipos de intervención que se pueden realizar. Éstos llevarían imagen y texto, enfocado principalmente a los niños, que sepan o no leer (Figura 49). Y por otro lado, también se proponen stickers que representarían consejos contenidos en el afiche principal de la sala de hospitalización, en conjunto a tips de información útil para los padres (Figura 49). También muestra datos sobre el funcionamiento de la sala que actualmente se traspan de manera más informal, cuando una mamá que lleva hartos días en el hospital aconseja a una mamá recién llegada.

DIFUSIÓN POR WHATSAPP

Estos consejos y tips también estarían disponibles como imágenes digitales para la difusión vía WhatsApp, ya que al interior de la sala de hospitalización, las mamás y papás forman una red de comunicación entre sí vía celular, por lo que es una herramienta popular entre ellos. (Figura 50)



FIGURA 47



FIGURA 48

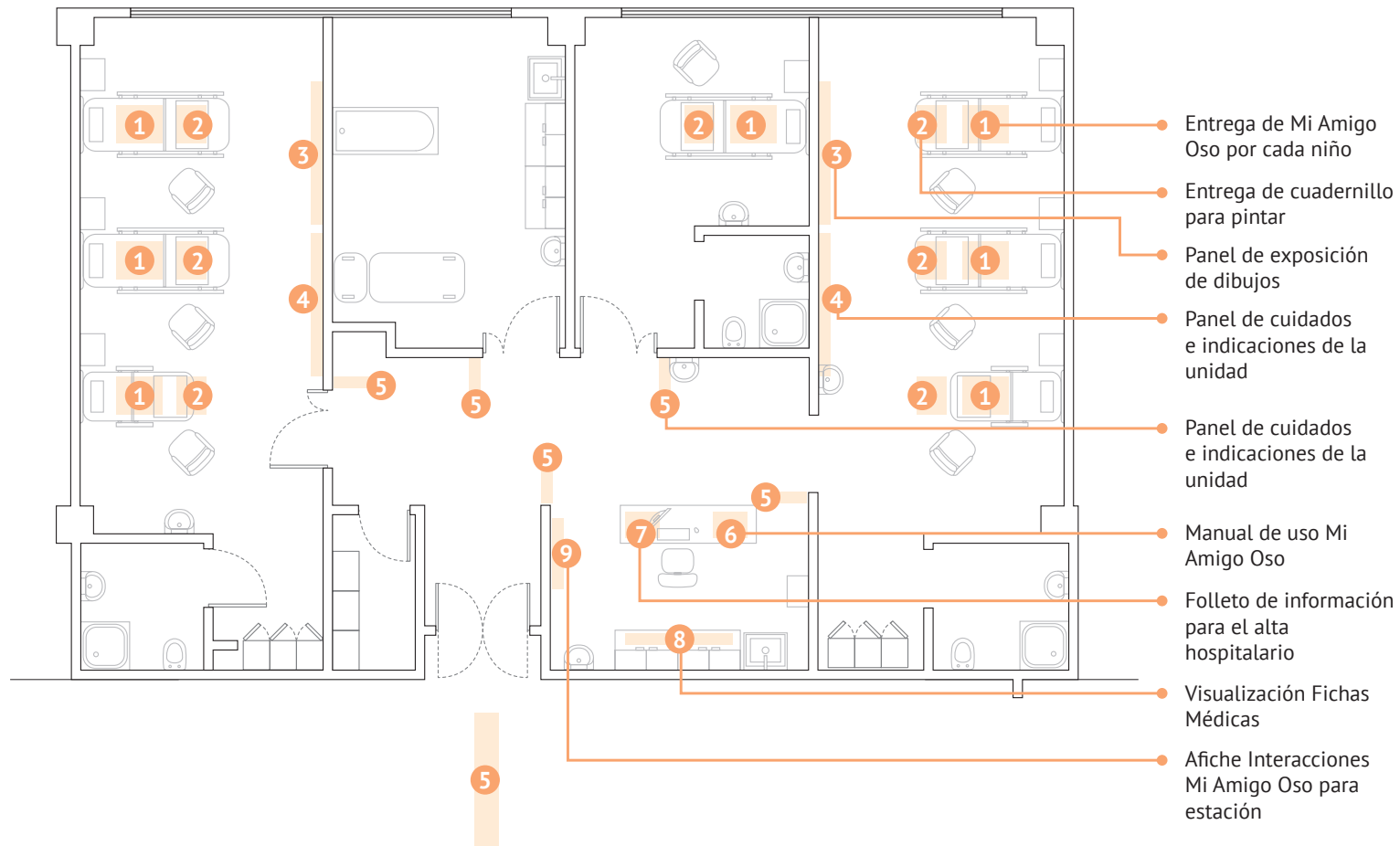


FIGURA 49



FIGURA 50

6. DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA SISTEMA EN NUEVA SALA UNIDAD



7. FORMATOS DE ENTREGA

Se planifican tres maneras diferentes para la entrega de los componentes del sistema, cada uno diseñado con un objetivo propio.

En primer lugar está el “kit” de entrega para los niños que ingresen a la unidad de quemados. Su frecuencia de entrega sería pautaada por la cantidad de ingresos de niños por día. Éste kit tiene por objetivo presentar e incluir al niño en el sistema narrativo, mediante los siguientes elementos incluidos: (Referente 4: *Monkey in my Chair*)

- 1 Oso de peluche
- 2 Set de ropa para el peluche: contiene un polerón, una polera de pijama, un pañal de tela, un uniforme de enfermera, y uno de técnico.
- 3 Set de accesorios del peluche: contiene dos vendajes, un kit de enfermería (caja plástica transparente, más un set de juguetes de doctor), una manta de polar, y una cuchara y/o tenedor plásticos.
- 4 Cuadernillo para pintar: cuenta la historia del personaje.
- 5 Bolsa de tela: contiene todo el kit dentro.
- 6 Pack de stickers sobre el sistema.

El segundo kit está dirigido al equipo médico tratante y de apoyo. Tiene por objetivo presentar el sistema a sus integrantes, y explicar en detalle su funcionamiento y aplicación en sala. Este kit tendría una baja frecuencia de entrega, ya que se busca integrar al equipo en su primera instancia frente al sistema. Cabe agregar que algunos componentes de este kit contemplan una frecuencia de re-entrega cada 6 meses, de modo que se refresque y refuerce la presencia y aplicación del sistema en la unidad de quemados.

Incluye los siguientes elementos:

- 1 Manual de Mi Amigo Oso: copias en sus versiones pocket, y cuadernillo.
- 2 Afiche Mi Amigo Oso: afiche destinado para la estación de enfermería, con el objetivo de ser un recordatorio visual de las interacciones que considera el sistema.
- 3 Pins de presentación: pins para los uniformes del equipo médico que hacen alusión al sistema.
- 4 Pack de material original para fotocopiado: incluye las

visualizaciones de las fichas médicas, y el folleto del alta de hospitalización.

- 5 Archivos digitales: CD con copia de los archivos originales para fotocopia en formato listo para impresión en hoja carta, como también en formato editable por el equipo.

Y por último, se planifica una entrega única de elementos destinados a ser instalados de forma permanente en la unidad:

- 1 Señalética: Ilustración que acompaña los actuales letreros que indican las salas de la unidad, y que incorpora al personaje.
- 2 Panel de dibujos: panel destinado a las salas de hospitalización, donde se irá actualizando con los dibujos que realicen los niños.
- 3 Afiche de cuidados e indicaciones de la unidad.

REFERENTE 4: MONKEY IN MY CHAIR

“Este programa provee a niños en tratamiento contra el cáncer con un “monkey kit”, el cual contiene un gran mono de peluche para que tome su lugar en el colegio cuando no puedan asistir a clases. El kit incluye el peluche con su propia mochila, un libro para ayudar a los profesores a explicar a los demás niños de la clase la situación que su compañero está pasando y cómo les afecta, una guía para el profesor, y otros ítems que pueden ser utilizados por el propio niño y/o sus compañeros. Todos los kit son entregados sin costo para las familias o los hospitales.” (Monkey In My Chair, 2017)^[136]





Proyección

Abstract

DEL PROYECTO

Mi Amigo Oso es un sistema narrativo que integra y articula las actividades y procedimientos propios del proceso de hospitalización del niño quemado de la unidad de quemados del hospital Exequiel González Cortés.

Los componentes del kit de Mi Amigo Oso favorecen el desarrollo de una serie de interacciones beneficiosas para la rehabilitación del niño, como para la articulación armoniosa de todos los otros actores que rodean el proceso de rehabilitación.

El centro del sistema es el personaje articulador, quien mediante dinámicas acoge la historia particular del niño quemado, y le permite vaciar su propia experiencia en él. De esta forma, permite que sean los mismos niños los protagonistas, que narren esta recuperación.

Integra aspectos de:

- Ambientación: presencia de la narrativa en la señalética de las salas, afiches de presentación y de componentes del sistema fijados en paredes, panel de dibujos del personaje en salas de hospitalización, pin de presentación en uniforme del personal médico tratante y de apoyo.
- Controles rutinarios: intervención por medio de una interacción propuesta con el peluche y accesorios en la toma de pulso y presión, control de postura correcta del niño al estar acostado por medio de la visualización en ilustraciones de la zona quemada.
- Indicaciones del personal médico: intervención en recomendaciones de enfermera y/o kinesióloga sobre el cuidado y protección de vendajes sobre la herida mediante la interacción propuesta con el peluche y sus accesorios.
- Curaciones: intervención en la preparación previa del niño a una curación, explicación de uno o todos sus pasos por parte del personal médico tratante (enfermera, doctor o kinesióloga), ambos por medio de las interacciones propuestas con el peluche y accesorios.
- Alimentación: estimulación a volver a comer vía regular, comer las porciones completas, ambos por medio de las interacciones propuestas con el peluche y accesorios.
- Descanso: consuelo emocional en crisis del niño, promover un descanso completo, ambos por medio de las interacciones propuestas con el peluche y accesorios.

- Tiempo libre: actividad de colorear láminas, juegos de rol, ambos por medio del juego con el peluche y accesorios.

- Evaluación de vulnerabilidad: apoyo en entrevista de psicóloga y/o asistente social a niños, por medio de una interacción propuesta con el peluche y accesorios.

- Evaluación del dolor: apoyo a evaluación de localización y profundidad del dolor basal, en crisis y/o de procedimientos, por medio de una interacción propuesta con el peluche y accesorios.

- Normas de comportamiento y de higiene: difusión normas de la sala en afiche de cuidados y normas de las salas de hospitalización.

- Información sobre cuidados del niño: difusión sobre protocolos, indicaciones y recomendaciones sobre los cuidados en rehabilitación del niño, en el afiche de cuidados y normas de las salas de hospitalización.

- Alta hospitalario: entrega de información sobre continuación del tratamiento del niño en casa por medio de material entregado al momento del alta.



Canvas

BUSSINESS MODEL

INTRODUCCIÓN

Para el desarrollo de implementación del proyecto, y determinar cómo los componentes de éste se llevarían a cabo en la nueva unidad de quemados del hospital Exequiel González, se utilizó el Canvas Bussiness Model. A partir de esta herramienta, fue posible establecer acciones y recursos humanos necesarios para una aplicación efectiva. Al mismo tiempo, existen algunos componentes de este modelo de negocios que no fueron incorporados a la proyección del sistema, ya que son términos que no son aplicables a las características propias del proyecto, debido a su escala de proyección en el tiempo, no es posible fijar aún el financiamiento efectivo dentro del hospital Exequiel.

SEGMENTOS DE USUARIO

El sistema está enfocado en mejorar la experiencia de rehabilitación de los niños que son hospitalizados en la unidad de quemados del hospital Exequiel González Cortés, al incorporar a todas las personas que son parte de éste.

RELACIÓN CON EL USUARIO

El sistema crea un envolvente amigable para los agentes de la unidad, a disposición de integrarse a los diferentes procedimientos que realice el personal con los niños. Además, acoge la historia del niño, y le permite configurar a su gusto la identidad del personaje, para que pueda vaciar su propia experiencia en éste, y que sea él el narrador de su rehabilitación.

SOCIO CLAVE

Los objetivos que benefician al niño y los que lo rodean en la unidad son compartidos por el hospital Exequiel en primera instancia, y en segunda instancia el Sistema de Salud Pública. Otro potencial socio clave son grupos de voluntariados que visitan la unidad. Actualmente hay diversos grupos (como las Damas de Calipso, Cuentacuentos, estudiantes de escuelas de medicina, etc) que realizan visitas con el objetivo de amenizar la experiencia para niños como padres, conociendo sus historias y entregando material de actividades a los niños. Por esto, el trabajo que realizan estas personas podría verse potenciado a través de incorporar al personaje en la visita, y actividades como el cuadernillo para colorear.

RELACIÓN CON SOCIO

La alianza que se formaría con el hospital Exequiel sería a través

de los integrantes del equipo médico tratante y de apoyo al interior de la unidad.

PROPUESTAS DE VALOR

Los valores entregados con el sistema son; otorgar sentido al proceso de rehabilitación para el niño y las personas que se ven involucradas en éste, mediante una experiencia envolvente al interior de la sala de quemados. Disminuir la percepción de dolor basal al distraer la atención consciente del niño, sus niveles de estrés del niño durante controles de presión rutinarios, como toma de presión, pulso, temperatura, entre otros. Convertir a todas las personas que participan en el proceso de rehabilitación, en agentes activos que aporten a éste. El kit del personaje se inserta en el contexto del tratamiento en la unidad como una herramienta de trabajo para los profesionales de salud.

ACTIVIDADES CLAVE

Para implementar el proyecto al interior de la unidad, es necesario por parte del hospital otorgar un permiso de acceso a las salas, contar con la disposición y apoyo del personal médico, y logística. Además, el sistema se plantea como parte del tratamiento del niño quemado que entrega el hospital a cada paciente.

RECURSOS CLAVE

Se necesitaría un espacio de almacenaje por parte del hospital, lugar donde se recibirían los materiales nuevos, y serían guardados hasta que se requieran entregar o instalar en la unidad. También se requiere que actividades de manejo y distribución del material, sean incorporadas a las tareas del personal que actualmente trabaja en la unidad.

CANALES

El sistema es entregado a los niños como parte del tratamiento que ofrece la unidad de quemados para todos sus pacientes. El sistema no está desarrollado para ser ofrecido como un producto disponible para ser comprado por papás, ni tampoco como un regalo financiado por aportes voluntarios. El sistema busca integrarse al tratamiento, como una herramienta que otorga beneficios específicos a través de su incorporación en los procedimientos e interacciones del personal médico.

CANALES DE DISTRIBUCIÓN Y ESTRUCTURA DE COSTOS

El sistema se basa en diferentes formatos de entrega, cada uno

CANVAS BUSSINESS MODEL

con una logística de distribución diferentes.

- 1 El primero es el kit que se entrega de forma individual a cada niño, una vez que se a incorporado a la unidad.
- 2 El segundo es el kit de entrega para el equipo médico de la sala.
- 3 Y el tercero es el kit que posee material para el espacio físico de la unidad.

Los costos de logística sería el personal médico y/o auxiliar a cargo de almacenar y distribuir el kit de entrega individual del niño.

			Costo del material	Costo materiales por 1 kit
Personaje Mi Amigo Oso	Oso de peluche	Tela Xtraflex Blanca	\$3.558 (1,5 mts detalle), \$2.990 (1,5 mts al por mayor)	\$598
		Algodón sintético de relleno	\$250 (bolsa individual)	\$250
Ropa de Mi Amigo Oso	Polerón	Tela de punto gris	\$4.000 (1 mt)	\$666
	Pañal	Tela viscosa verde liso	\$2.500 (1 mt)	\$625
	Pijama	Tela franela rayada	\$3.500 (1 mt)	\$583
	Uniforme Enfermera	Tela viscosa azul liso	\$2.500	\$416
	Uniforme Técnico	Tela viscosa blanca estampada	\$4.000 (1 mt)	\$666
Accesorios de Mi Amigo Oso	Kit de Enfermería	Caja plástica transparente con tapa (1,25 lts)	\$800	\$800
		Set de doctor de 4 piezas plásticas	\$300	\$300
	Vendajes	Tela viscosa blanca estampada	\$4.000 (1 mt)	\$181
	Utensilios de plástico	Set de 8 cucharas o tenedores	\$350	\$350
	Manta	Tela polar crema lisa	\$4.000 (1 mt)	\$1.000
Trabajo de confección modista			\$15.000 (por día de trabajo)	\$40.000
Material	Cuadernillo historia del personaje	Impresión blanco y negro, por ambos lados, en hoja bond tamaño carta	\$250	\$250
Stickers	Interacciones del sistema y consejos	Impresión a color, en papel adhesivo y corte en círculo de 6 cmd de diámetro (200 stickers)	\$13.500	\$337 (5 stickers)
Bolsa del kit	Soporte para todo el kit	Bolsa de tela Tnt color liso	\$1.100	\$1.100

PRECIO KIT N°1

SOLO MATERIALES*

\$8.122

MATERIALES* + MANO DE OBRA

\$48.122

*El costo de los materiales es el mínimo para conformar el kit, cabe destacar que varios de los materiales cotizados, no pueden ser adquiridos en cantidades tan pequeñas, sino que exclusivamente en grandes cantidades.

CANVAS BUSSINESS MODEL

			Costo del material por 1 kit
Material Impreso	Manual Pocket Mi Amigo Oso	Impresión a color, por ambos lados, en 2 hojas papel couché 130 grs, tamaño carta	\$1.400
	Manual Cuadernillo Mi Amigo Oso	Impresión a color, por ambos lados, en 5 hojas papel couché 130 grs, tamaño carta	\$3.500
	Afiche Interacciones del sistema	Impresión a color, en 1 hoja papel couché 130 grs, tamaño A2	\$2.200
	Chapita de presentación	Chapita metálica 58 mm de diámetro	\$300
	Complemento Ficha médica	Impresión blanco y negro, en hoja bond tamaño carta	\$150
	Folleto Alta Hospitalario	Impresión blanco y negro, por ambos lados, en hoja bond tamaño carta	\$250
	CD	1 Pack 50 Un. Cd Master-g 52x 700mb 80 Min (\$4.990)	\$100

PRECIO KIT N°2

SOLO MATERIALES*

\$7.900

*El costo de los materiales es el mínimo para conformar el kit, cabe destacar que varios de los materiales cotizados, no pueden ser adquiridos en cantidades tan pequeñas, sino que exclusivamente en grandes cantidades.

			Costo del material por 1 kit
Material Impreso	Señalética	Impresión a color, en papel Autoadhesivo Simple P4 con protección UV (\$13.000 p/ mt ²)	\$14.444 (5 letreros, cada uno con dos copias)
	Panel de dibujos	Pizarra Corcho 60x80 cms	\$7.490
	Afiche de cuidados e indicaciones	Impresión a color, en 1 hoja papel Coatted 160g, tamaño A1.	\$14.000

PRECIO KIT N°3

SOLO MATERIALES*

\$35.934

*El costo de los materiales es el mínimo para conformar el kit, cabe destacar que por lo general este tipo de impresiones de gran tamaño, tienen requisitos específicos que impiden imprimir la cantidad justa necesaria.

Bibliografía

- (1) Hospital Exequiel González Cortés. (2015). Historia. En Mi Hospital. Disponible en http://hegc.cl/?page_id=31
- (2) Servicio de Salud Metropolitano. (2016). Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC). En Nuestra Red. Disponible en http://ssms.cl/?page_id=122
- (3) Hospital Exequiel González Cortés. (2015). Acreditación en Calidad y Seguridad del Paciente. En Mi Hospital. Disponible en http://hegc.cl/?page_id=452
- (4) Servicio de Salud Metropolitano. (2016). Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC). En Nuestra Red. Disponible en http://ssms.cl/?page_id=122
- (5) Sánchez, P. (2016). *Presentación Talleres Minga Municipalidades* [Archivo PDF]. Santiago, Chile.
- (6) Garay, A., Íñiguez, L., Martínez, M., Muñoz, J., Pallarès, S. & Vázquez, F. (2002). Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. (p. 444). Barcelona, España: Ediciones Universitat Autònoma de Barcelona.
- (7) Garay, A., Íñiguez, L., Martínez, M., Muñoz, J., Pallarès, S. & Vázquez, F. (2002). Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. (p. 444). Barcelona, España: Ediciones Universitat Autònoma de Barcelona.
- (8) Sciaraffia, C., Andrades, P., & Wisnia, P. (2014). Quemaduras. En Hospital Clínico Universidad de Chile, *Apuntes de Cirugía Plástica* (p. 84). Disponible en <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/quemaduras.pdf>
- (9) Ministerio de Salud. (2016). Descripción y epidemiología del problema de salud. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 7). Santiago, Chile: Minsal.
- (10) SALVAT. (s/f). Eritema. En Gran Enciclopedia Salvat (Edición, Vol. 11, p. 1511). Barcelona: Salvat.
- (11) Ministerio de Salud. (2016). Diagnóstico: Gravedad. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 16). Santiago, Chile: Minsal.
- (12) Ministerio de Salud. (2016). Diagnóstico: Gravedad. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 16). Santiago, Chile: Minsal.
- (13) Ministerio de Salud. (2016). Descripción y epidemiología del problema de salud. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 8). Santiago, Chile: Minsal.
- (14) Ministerio de Salud. (2016). Quemaduras Eléctricas. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 49). Santiago, Chile: Minsal.
- (15) Ministerio de Salud. (2016). Quemaduras Eléctricas: Manejo Definitivo. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 50). Santiago, Chile: Minsal.
- (16) Ministerio de Salud. (2016). Manejo de injuria inhalatoria: Quemaduras por químicos. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 48). Santiago, Chile: Minsal.
- (17) Tapia, F. L. (2008). *Cuidados enfermeros en la Unidad de Quemados*. (2a ed., p. 131). España: Vértice S.L.
- (18) Tapia, F. L. (2008). *Cuidados enfermeros en la Unidad de Quemados*. (2a ed., p. 130). España: Vértice S.L.
- (19) Ministerio de Salud. (2016). Recomendaciones: Diagnóstico. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 11). Santiago, Chile: Minsal.
- (20) Ministerio de Salud. (2016). Diagnóstico: Extensión. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 11). Santiago, Chile: Minsal.
- (21) Ministerio de Salud. (2016). Diagnóstico: Extensión. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 12). Santiago, Chile: Minsal.
- (22) Ministerio de Salud. (2016). Profundidad. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 13). Santiago, Chile: Minsal.
- (23) Ministerio de Salud. (2016). Recomendaciones: Manejo del dolor. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 6). Santiago, Chile: Minsal.
- (24) Romero, A. R. & Fernández, I. (2011). Generalidades, Clasificación y Taxonomía, *Manual de cirugía menor en atención primaria* (1a ed., p. 129). Alicante, España: Club Universitario.
- (25) , A. R. & Fernández, I. (2011). Generalidades, Clasificación y Taxonomía, *Manual de cirugía menor en atención primaria* (1a ed., p. 129-130). Alicante, España: Club Universitario.
- (26) Romero, A. R. & Fernández, I. (2011). Generalidades, Clasificación y Taxonomía, *Manual de cirugía menor en atención primaria* (1a ed., p. 130-131). Alicante, España: Club Universitario.
- (27) Romero, A. R. & Fernández, I. (2011). Generalidades, Clasificación y Taxonomía, *Manual de cirugía menor en atención primaria* (1a ed., p. 129). Alicante, España: Club Universitario.
- (28) Romero, A. R. & Fernández, I. (2011). Generalidades, Clasificación y Taxonomía, *Manual de cirugía menor en atención primaria* (1a ed., p. 124). Alicante, España: Club Universitario.
- (29) Ministerio de Salud. (2016). Manejo del dolor. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 38). Santiago, Chile: Minsal.
- (30) Ministerio de Salud. (2016). Manejo del dolor. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 38). Santiago, Chile: Minsal.
- (31) Ministerio de Salud. (2016). Manejo del dolor. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., pp. 38-39). Santiago, Chile: Minsal.
- (32) Ministerio de Salud. (2016). Manejo del dolor. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 39). Santiago, Chile: Minsal.
- (33) Enciclopedia de Salud. (s/f). Hiperalgia. En Enciclopedia de Salud. Disponible en <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/hiperalgia>
- (34) Ministerio de Salud. (2016). Manejo farmacológico: Opioides. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 39). Santiago, Chile: Minsal.
- (35) American Music Therapy Association. (2017). What is

Music Therapy?. En About Music Therapy & AMTA. Traducción Personal. Disponible en <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>

(36) Jauser, J. A. (2008). *Música y neurociencia: la musicoterapia, sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas*. (1a ed.). Barcelona, España: UOC.

(37) Theiss, E. (2011). Music therapy eases patients' pain, helps on road to recovery. En Health & Fitness. Traducción Personal. Disponible en http://www.cleveland.com/healthfit/index.ssf/2011/01/music_therapy_eases_patients_p.html

(38) Ministerio de Salud. (2016). Manejo no farmacológico: Musicoterapia (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 46). Santiago, Chile: Minsal.

(39) Theiss, E. (2011). Music therapy eases patients' pain, helps on road to recovery. En Health & Fitness. Traducción Personal. Disponible en http://www.cleveland.com/healthfit/index.ssf/2011/01/music_therapy_eases_patients_p.html

(40) Hoffman, H. G., Doctor, J. N., Patterson, D. R., Carrougher, G. J., & Furness, T. A. (1999). Virtual reality as an adjunctive pain control during burn wound care in adolescent patients. Traducción Personal. Disponible en http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43651582/Virtual_reality_as_an_adjunctive_pain_co20160312-9166-1vavw3d.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1498894020&Signature=PCKWP5ziO5SCy3qY5iqkQ6RFsmU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DVirtual_reality_as_an_adjunctive_pain_co.pdf

(41) Ministerio de Salud. (2016). Manejo no farmacológico: Realidad Virtual (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 45). Santiago, Chile: Minsal.

(42) Urbanski, B. L., & Lazenby, M. (2012). Distress among hospitalized pediatric cancer patients modified by pet-therapy intervention to improve quality of life. Traducción Personal. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(5), 272-282.

(43) Goddard, A. T., & Furness, T. A. (2015, Marzo/Abril). The Role and Impact of Animals with Pediatric Patients. *Pediatric Nursing*, 41(2), 66. Traducción Personal. Disponible en <https://www.pediatricnursing.net/ce/2017/article41026571.pdf>

[pediatricnursing.net/ce/2017/article41026571.pdf](https://www.pediatricnursing.net/ce/2017/article41026571.pdf)

(44) Sobo, E.J., Eng, B., & Kassity-Krich, N. (2006). Canine visitation pet therapy: Pilot data on decreases in child pain perception. Traducción Personal. *Journal of Holistic Nursing*, 24(1), 51-57

(45) Sobo, E.J., Eng, B., & Kassity-Krich, N. (2006). Canine visitation pet therapy: Pilot data on decreases in child pain perception. Traducción Personal. *Journal of Holistic Nursing*, 24(1), 51-57

(46) Goddard, A. T., & Furness, T. A. (2015, Marzo/Abril). The Role and Impact of Animals with Pediatric Patients. *Pediatric Nursing*, 41(2), 68. Traducción Personal. Disponible en <https://www.pediatricnursing.net/ce/2017/article41026571.pdf>

(47) MedlinePlus (s/f). Edema. En Temas de Salud. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/edema.html>

(48) Ministerio de Salud. (2016). Exposición y evaluación inicial de las quemaduras con control ambiental. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 21). Santiago, Chile: Minsal.

(49) Ministerio de Salud. (2016). Exposición y evaluación inicial de las quemaduras con control ambiental. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 21). Santiago, Chile: Minsal.

(50) Ministerio de Salud. (2016). Prevención y control de infecciones. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 31). Santiago, Chile: Minsal.

(51) Ministerio de Salud. (2016). Rehabilitación (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 51). Santiago, Chile: Minsal.

(52) Ministerio de Salud. (2016). Movilización del paciente quemado (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 54). Santiago, Chile: Minsal.

(53) Ministerio de Salud. (2016). Rehabilitación en fase inicial e intermedia (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 53). Santiago, Chile: Minsal.

(54) Ministerio de Salud. (2016). Movilización del paciente

quemado (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 54-55). Santiago, Chile: Minsal.

(55) Ministerio de Salud. (2016). Movilización del paciente quemado (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 55). Santiago, Chile: Minsal.

(56) Ministerio de Salud. (2016). Nutrición. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 29). Santiago, Chile: Minsal.

(57) Ministerio de Salud. (2016). Vías de administración. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 30). Santiago, Chile: Minsal.

(58) Ministerio de Salud. (2016). Hipotermia: ¿Cuál es el manejo de la hipotermia? (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 31). Santiago, Chile: Minsal.

(59) Ministerio de Salud. (2016). Hipotermia. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 31). Santiago, Chile: Minsal.

(60) Ministerio de Salud. (2016). Hipotermia: ¿Cuál es el manejo de la hipotermia? (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., pp. 31-32). Santiago, Chile: Minsal.

(61) Ministerio de Salud. (2016). Hipotermia: ¿Cuál es el manejo de la hipotermia? (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 32). Santiago, Chile: Minsal.

(62) Ministerio de Salud. (2016). Injuria inhalatoria en pacientes quemados. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 46). Santiago, Chile: Minsal.

(63) Ministerio de Salud. (2016). Kinesiterapia Respiratoria. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 58). Santiago, Chile: Minsal.

(64) Ministerio de Salud. (2016). Fórmulas de hidratación. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 25). Santiago, Chile: Minsal.

(65) Ministerio de Salud. (2016). Hipotermia. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 32).

Bibliografía

Santiago, Chile: Minsal.

(66) Ministerio de Salud. (2016). Apoyo Psicológico, reinserción social, escolar y laboral. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 66). Santiago, Chile: Minsal.

(67) Ministerio de Salud. (2016). Apoyo Psicológico, reinserción social, escolar y laboral. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 67). Santiago, Chile: Minsal.

(68) Ministerio de Salud. (2016). Rehabilitación: ¿Cuándo iniciar la rehabilitación en pacientes grandes quemados? (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 51). Santiago, Chile: Minsal.

(69) Ministerio de Salud. (2016). Rehabilitación: ¿Cuándo iniciar la rehabilitación en pacientes grandes quemados? (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 51). Santiago, Chile: Minsal.

(70) Ministerio de Salud. (2016). Rehabilitación: ¿Cuándo iniciar la rehabilitación en pacientes grandes quemados? (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 51). Santiago, Chile: Minsal.

(71) Ministerio de Salud. (2016). Rehabilitación en fase inicial e intermedia (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 53). Santiago, Chile: Minsal.

(72) Ministerio de Salud. (2016). Rehabilitación: ¿Cuándo iniciar la rehabilitación en pacientes grandes quemados? (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 51). Santiago, Chile: Minsal.

(73) Ministerio de Salud. (2016). Evaluación fase a largo plazo (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 52). Santiago, Chile: Minsal.

(74) Ministerio de Salud. (2016). Rehabilitación en fase a largo plazo (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 61). Santiago, Chile: Minsal.

(75) Ministerio de Salud. (2016). Rescate y manejo inicial. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 17). Santiago, Chile: Minsal.

(76) Ministerio de Salud. (2016). Manejo inicial. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 19). Santiago, Chile: Minsal.

(77) Ministerio de Salud. (2016). Vía Aérea. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 19-20). Santiago, Chile: Minsal.

(78) Ministerio de Salud. (2016). Ventilación. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 20). Santiago, Chile: Minsal.

(79) Aguayo, B. (1999, Julio). Manejo inicial de las quemaduras. *Revista chilena de pediatría*, 70(4), 337-347. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000400014>

(80) Ministerio de Salud. (2016). Circulación. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 20). Santiago, Chile: Minsal.

(81) Hein, L. G. (s/f). Hipoxia. En Fuerza Aérea de Chile: Centro de Medicina Aeroespacial, *Conceptos Básicos de Fisiología de Aviación* (p. 1). Disponible en <http://kimerius.com/app/download/5783677182/Hipoxia.pdf>

(82) Cerdá, R. (2007, Mayo/Junio). Shock Hipovolémico. *Boletín S. U. E. 061 Ceuta*, 3(5), 1. Disponible en http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/perioRevistas/pdf/otros/SUE_Ceuta_V3_N15_2007.pdf

(83) Ministerio de Salud. (2016). Déficit Neurológico. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 21). Santiago, Chile: Minsal.

(84) Ministerio de Salud. (2016). Exposición y evaluación inicial de las quemaduras con control ambiental. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 21). Santiago, Chile: Minsal.

(85) Ministerio de Salud. (2016). Reanimación con fluidos en primera atención. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 22). Santiago, Chile: Minsal.

(86) Ministerio de Salud. (2016). Aseo Quirúrgico. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 33).

Santiago, Chile: Minsal.

(87) Ministerio de Salud. (2016). Aseo Quirúrgico Inicial. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 33). Santiago, Chile: Minsal.

(88) Ministerio de Salud. (2016). Aseo Quirúrgico Inicial. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 33). Santiago, Chile: Minsal.

(89) Ministerio de Salud. (2016). Aseo Quirúrgico Inicial. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 33). Santiago, Chile: Minsal.

(90) Oxford Living Dictionaries (s/f). Epitelización. En Oxford Living Dictionaries. Disponible en <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/epitelizacion>

(91) Ministerio de Salud. (2016). Aseo Quirúrgico Inicial. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 34). Santiago, Chile: Minsal.

(92) Ministerio de Salud. (2016). Aseos Quirúrgicos Posteriores. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 34). Santiago, Chile: Minsal.

(93) Enciclopedia de Salud. (s/f). Isquemia. En Enciclopedia de Salud. Disponible en <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/isquemia>

(94) Enciclopedia de Salud. (s/f). Escarotomía. En Enciclopedia de Salud. Disponible en <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/escarotomia>

(95) Universidad de Antioquia. (2006). Enfoque del paciente quemado. *Manual de normas y procedimientos en trauma* (3a ed., p. 477). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

(96) Ministerio de Salud. (2016). Escarectomía. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 35). Santiago, Chile: Minsal.

(97) Ministerio de Salud. (2016). Escarectomía tangencial. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 35). Santiago, Chile: Minsal.

- (98) Oxford Living Dictionaries (s/f). Hemostasia. En Oxford Living Dictionaries. Disponible en <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/hemostasia>
- (99) Ministerio de Salud. (2016). Escarectomía total. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 36). Santiago, Chile: Minsal.
- (100) Ministerio de Salud. (2016). Coberturas. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 37). Santiago, Chile: Minsal.
- (101) Ministerio de Salud. (2016). Coberturas. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 36). Santiago, Chile: Minsal.
- (102) Ministerio de Salud. (2016). Coberturas transitorias. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 37). Santiago, Chile: Minsal.
- (103) Ministerio de Salud. (2016). Coberturas definitivas. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 37). Santiago, Chile: Minsal.
- (104) Joffe, M., D. (2015). Emergency care of moderate and severe thermal burns in children. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/emergency-care-of-moderate-and-severe-thermal-burns-in-children>
- (105) Ministerio de Salud. (2016). Reanimación con fluido en niños. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 22). Santiago, Chile: Minsal.
- (106) Ministerio de Salud. (2016). Edad. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 15). Santiago, Chile: Minsal.
- (107) Ministerio de Salud. (2016). Descripción y epidemiología del problema de salud. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 8). Santiago, Chile: Minsal.
- (108) Rojas, M. A., Saavedra, R., Vicencio, P., & Solís, F. (2015). Epidemiological changes in children with burns attending clinics in a district of Santiago, Chile, over a 10 year period. *Revista Chilena de Pediatría*. DOI: 10.1016/j.rchipe.2015.10.014
- (109) Ministerio de Salud. (2016). Descripción y epidemiología del problema de salud. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 8). Santiago, Chile: Minsal.
- (110) Ministerio de Salud. (2016). Apoyo Psicológico, reinserción social, escolar y laboral. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 67). Santiago, Chile: Minsal.
- (111) Rodríguez, N. (2016). Comunicación personal. Santiago, Chile.
- (112) Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Descripción. En Chile Crece Contigo. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/2161>
- (113) Carrasco, L. (2017). Comunicación personal. Santiago, Chile.
- (114) Carrasco, L. (2017). Comunicación personal. Santiago, Chile.
- (115) Servicio de Salud Metropolitano. (2017). CES y CESFAM. En Tipos de Establecimientos APS. Disponible en http://ssmetropolitanoorte.redsalud.gov.cl/atencion_primaria.ajax.php
- (116) Rodríguez, N. (2016). Comunicación personal. Santiago, Chile.
- (117) Olivares, R. (23 de Abril de 2017). Termina construcción del nuevo Exequiel González C. y traslado empezaría en Octubre. *El Mercurio*, p. C1.
- (118) Sánchez, P. (2016). *Viaje Submarino: Septiembre 2016* [Archivo PDF]. Santiago, Chile.
- (119) American Girl. (2017). About American Girl. En Our Company. Traducción Personal. Disponible en <http://www.americangirl.com/shop/ag/corporate-landing>
- (120) American Girl. (2017). More ways to embrace what makes your girl one of a kind. En Product Diversity. Disponible en <http://www.americangirl.com/shop/ag/product-diversity>
- (121) Childhood Cancer Association Newsletter. (2013). Focus on...Nylabell. En CURE Childhood Cancer Association Newsletter. Traducción Personal. Disponible en <http://archive.constantcontact.com/fs134/1107417106306/archive/1113603451585.html#LETTER.BLOCK51>
- (122) Cacho, L. (2012). *Con mi hij@ no: Manual para prevenir, entender y sanar el abuso sexual* (2a ed.). México: Penguin Random House.
- (123) Sergatex. (2017). Ficha Producto: Vitriolen® LT. Disponible en http://www.sergatex.cl/productos_detalle.php?prod_codigo=42
- (124) Sergatex. (2017). Ficha Producto: Vitriolen® 220. Disponible en http://www.sergatex.cl/productos_detalle.php?prod_codigo=52
- (125) Sergatex. (2017). Ficha Producto: Microgabardina Xtraflex® SL Antifluidos. Disponible en http://www.sergatex.cl/productos_detalle.php?prod_codigo=61
- (126) Fulltex. (2017). SOFIDRY® WARM. Disponible en <http://www.fulltex.cl/asesor-textil/pijama/sofidry-warm/>
- (127) Fulltex. (2017). QUICKDRY® CARBON. Disponible en <http://www.fulltex.cl/asesor-textil/camiseta-o-polera/quickdry-carbon/>
- (128) Fulltex. (2017). ABLETEX® PRO. Disponible en <http://www.fulltex.cl/asesor-textil/buzo-y-overol/abletex-pro/>
- (129) Fulltex. (2017). HIPORA® NYLON 320. Disponible en <http://www.fulltex.cl/asesor-textil/buzo-y-overol/hipora-nylon-320/>
- (130) Healthy Lifestyle (s/f). MmH2O: En milímetros de columna de agua a 4°C unidad de presión. Disponible en <http://oppressus.info/mmh2o-en-milmetros-de-columna-de-agua-a-4-c-unidad/>
- (131) HDR Architecture (s/f). Our Story. En About Us. Traducción Personal. Disponible en <https://www.hdrinc.com/about-us>
- (132) HDR Architecture (2009). Little faces healing spaces. Traducción Personal. Recuperado de <http://www.hdrinc.com/sites/all/files/content/brochures/files/3291-hdr-pediatrics.pdf>

Bibliografía

- (133) Ministerio de Salud. (2016). Coberturas transitorias. En Minsal (Eds.), *Guía Clínica: Manejo del paciente gran quemado* (2a ed., p. 37). Santiago, Chile: Minsal. Packet-Pamphlet-V4-144web.pdf
- (134) Seattle's Children Hospital. (2016). About Seattle Children's. En About Us. Disponible en <http://www.seattlechildrens.org/about/>
- (135) Doutores da Alegria. (2016). 25 anos de atuação no Brasil. En Sobre os Doutores. Disponible en <https://www.doutoresdaalegria.org.br/conheca/sobre-os-doutores/>
- (136) Monkey In My Chair. (2017). Program Overview. En Program Information. Traducción Personal. Disponible en <http://www.monkeyinmychair.org/program>
- (137) Enríquez, I. (2015). Pijamas especializados para pacientes oncológicas. Disertación doctoral no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- (138) González, M. (2014). Súper HD: Ambiente narrativo para niños de la unidad de hemodiálisis del Hospital Exequiel González Cortés. Disertación doctoral no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- (139) Jahnke, M. (2008). Instrumento informativo para proyecto piloto de Cirugía Ambulatoria Infantil: Hospital de Niños Roberto del Río. Disertación doctoral no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- (140) Irrázabal, T. (2004). Soporte para el dibujo en camas de hospital. Disertación doctoral no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- (141) Egaña, B. (2004). Imagen de marca y sistema señalético de aproximación para el hospital Roberto del Río. Disertación doctoral no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- (142) Designmatters at ArtCenter College of Design. (2016). COANIQUEM: Safe Niños Resource Packet. Recuperado del sitio Web del Proyecto COANIQUEM: Safe Niños Designing Innovative Interactive Environments for Pediatric Healing, de Designmatters, de <http://4eyos01khlgv2ccw28adjy2x.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/12/SNC-Resource->
- (143) Designmatters at ArtCenter College of Design. (2016). COANIQUEM: Safe Niños Methodology Cards. Recuperado del sitio Web del Proyecto COANIQUEM: Safe Niños Designing Innovative Interactive Environments for Pediatric Healing, de Designmatters, de http://4eyos01khlgv2ccw28adjy2x.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/12/00-SNC-METHOD_CARDS-printV11-web.pdf
- (144) Designmatters at ArtCenter College of Design. (2016). Safe Niños Booklet. Recuperado del sitio Web del Proyecto COANIQUEM: Safe Niños Designing Innovative Interactive Environments for Pediatric Healing, de Designmatters, de http://4eyos01khlgv2ccw28adjy2x.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2016/05/SafeNinos_booklet_.pdfgirl one of a kind. En Product Diversity. Disponible en <http://www.americangirl.com/shop/ag/product-diversity>



Agradecimientos

Muchas gracias a todas las personas que me abrieron sus puertas, y que respondieron mis infinitas preguntas. Gracias a Doris y Rubí por recibirme con una sonrisa todas mis visitas.

Gracias a Naty y Silvia por acoger mi proyecto y por recibirme con la mejor disposición siempre.

Gracias a las Damas de Calipso, quienes fueron la base desde donde pude construir mi proyecto. Gracias a Adriana, Marcela, Keka, Eli, Paty, Martita, Palmira y Maggie.

Gracias a Carmen, por apoyarme siempre que acudí a ella.

Gracias a Pablo, por siempre creer en mi proyecto, aún cuando estuve perdida.

Gracias a Cecilia y Marcia, por ayudarme con las ropitas de Oso.

Y gracias a mi familia, mis papás, hermanos y amigas, por todo.

