



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2013 / 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO
EXTRAHOSPITALARIO

Autora: BENITA ANTONIA SANCHO ALCARAZO

Tutor: JOSE ANTONIO TOBAJAS ASENSIO

ÍNDICE

. RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	10
3. METODOLOGÍA.....	11
4. DESARROLLO.....	13
5. CONCLUSIONES.....	20
6. BIBLIOGRAFÍA.....	21

. RESUMEN

Introducción

Las quemaduras en la infancia son un serio problema y una de las principales causas de accidente que se dan con frecuencia en el niño.

La mayoría de las quemaduras ocurren en el hogar siendo la prevención la mejor herramienta con la que se cuenta.

La atención extrahospitalaria inicial se lleva a cabo por el personal sanitario integrante de las ambulancias constituyendo un papel fundamental para la curación del niño.

La administración de medicaciones precisas, transporte rápido y eficaz disminuye de forma significativa las complicaciones derivadas de las quemaduras, interviniendo favorablemente en la disminución de efectos negativos que repercuten en la pronta recuperación del niño.

Metodología

En la realización del presente trabajo se siguió un diseño de carácter descriptivo basado en una búsqueda bibliográfica en bases de datos.

Los criterios de selección de los artículos fueron aquellos que cumplían los requisitos de inclusión, mediante el uso de palabras clave así como de fechas establecidas en el tiempo, siendo el ámbito de aplicación interesante para todos aquellos profesionales de enfermería que prestan sus servicios en urgencias y emergencias en domicilios, vías públicas etc.

Objetivos

Elaboración de un plan de cuidados de enfermería que garantice una asistencia sanitaria extrahospitalaria de calidad, identificando las principales etiquetas diagnósticas en el paciente pediátrico quemado.

Desarrollo

Se aplicaron los principales diagnósticos de enfermería con respecto a los patrones funcionales de Marjory Gordon en relación al paciente pediátrico quemado en el ámbito extrahospitalario.

Conclusiones

Una correcta intervención por parte del personal sanitario que integra el equipo de atención extrahospitalaria así como un transporte sanitario rápido y eficaz es fundamental para lograr la pronta recuperación del niño quemado.

.SUMMARY

Introduction

Burns during childhood are a serious problem and one of the most common causes of accidents befalling children.

Most burns are sustained in the home and prevention is the best way of dealing with this hazard.

The extrahospital care administered to victims by medical staff in ambulances has an essential impact on a child's healing process.

Administration of precise medications and fast, efficient transport can significantly reduce complications deriving from burns, lessening their negative effect on a child's recovery time.

Methodology

This work was performed with a descriptive design based on a literature search in databases.

The criteria for selecting articles were that they should comply with the requirements for inclusion, the use of key words and dates established in time, the area of application being of interest to all nursing staff providing services in casualties and emergencies in the home, on public highways, etc.

Objectives

To prepare a nursing care plan that guarantees quality extrahospital medical care, identifying the main diagnoses in burnt paediatric patients.

Development

The main nursing diagnoses were applied with respect to Marjory Gordon's Functional Health Patterns for paediatric patients with burns in the extrahospital setting.

Conclusions

Correct intervention by medical staff in the extrahospital care team and quick, efficient transport are essential to achieve quick recovery of burnt children.

1.INTRODUCCIÓN

Las quemaduras en la infancia son un serio problema y una de las principales causas de accidente, que se dan con frecuencia en el niño. El mayor porcentaje de estas son evitables produciéndose generalmente por descuidos o como consecuencia de desconocimiento en cuanto a peligros existentes en el medio que rodea al niño.

El 85% de las quemaduras ocurren en el hogar siendo la mejor herramienta la prevención para combatirlas, aconsejándose detectores de humo en los domicilios, alejamiento de los niños en especial de las cocinas, comprobación exhaustiva de la temperatura del agua de bañeras, etc.

En caso de que se produzcan es fundamental una correcta actuación en el lugar del accidente y un traslado precoz a un centro especializado, que pudiese contribuir en gran medida a la disminución de la morbi- mortalidad. (1 ,2, 3).

Según La Organización Mundial de la Salud, la mortalidad por quemaduras en la infancia suponen más de 20.000 muertes al año, ocupando el primer lugar en 21 países en vías de desarrollo, como causa de defunción en niños, cuya edad oscila entre 1 y 4 años, constituyendo a nivel Mundial la tercera causa de muerte accidental en niños.

En Estados Unidos unos 1.200 niños fallecen al año como consecuencia de incendios que ocurren en los hogares, siendo en más del 50% de los casos víctimas menores de 5 años. Muchos de estos accidentes son iniciados por cigarrillos mal apagados en el entorno del hogar del niño.

En España se desconoce la incidencia de quemaduras que se producen en la población. Se estima que por cada 100.000 habitantes, alrededor de 300 pacientes en edad infantil sufren este tipo de lesiones y de ellos, 14 casos requieren hospitalización. (4)

En su mayoría las quemaduras constituyen un problema muy importante y conducen a un elevado número de hospitalizaciones, con morbilidad en

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

ocasiones persistentes debido a las secuelas que se derivan del proceso de curación. (2, 3).

Enfermería ejerce un papel fundamental en la atención del paciente quemado pediátrico, permaneciendo gran parte del tiempo a su lado, apreciando los cambios que se originan, ejerciendo una atención encaminada a cubrir las necesidades del paciente y de su entorno familiar, de forma holística e integral planificando una adecuada actuación. (2).

Mención especial merece el apartado relacionado con el sufrimiento emocional padecido por estos niños, las quemaduras constituyen un tipo de accidente que conlleva un fuerte impacto traumático debido a la destrucción de los tejidos, miembros, órganos, alteración de la imagen corporal y sensibilización de la piel, comportando una gran experiencia emocional en los niños que han sufrido este tipo de accidentes, por ello es indispensable llevar a cabo un gran trabajo psicoterapéutico para minimizar en la medida de lo posible los efectos devastadores que producen este tipo de lesiones en el cuerpo humano y en especial en los niños cuyas emociones son muy vulnerables. (5).

Es por ello que la ejecución de los procedimientos del profesional de enfermería debe ser los idóneos suponiendo un reto que debe afrontar estos profesionales exigiendo un buen hacer, y el manejo de una adecuada comunicación tanto con el niño como con los familiares, con el objetivo de lograr el éxito terapéutico. (6).

Las quemaduras son traumatismos térmicos que se producen por transferencia de calor a los tejidos, el principal órgano que se afecta es la piel. La lesión en si puede afectar a todas las capas de la piel o a parte de ellas y sus anejos, pudiendo llegar a músculos y/o tendones. Presentando desde pequeñas heridas leves hasta grandes riesgos para la vida, llegando a producir la desnaturalización y destrucción de los tejidos afectados, acompañándose de pérdida de líquidos y de calor. Produciendo grandes hipotermias e invasiones por microorganismos dando lugar a la temida infección considerada una de las complicaciones más importantes de estas lesiones. (7).

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Atendiendo a su agente etiológico las quemaduras se clasifican en térmicas, las más habituales, como en el caso de escaldaduras, llamas, contacto con objetos calientes...; eléctricas; químicas; radiaciones. El rozamiento por fricción de la piel sobre superficies duras constituye otro tipo de quemaduras frecuentes (sobre todo en el medio hospitalario) que se debe tener presente. (8).

En base a su profundidad, pueden clasificarse en quemaduras de primer grado afectando a epidermis, produciendo dolor agudo, puede haber descamación pero la piel conserva su integridad. Entre las quemaduras de segundo grado, hay dos clasificaciones distinguiéndose la de segundo grado superficial (epidermis y dermis) afectando a dermis papilar con ampollas, eritemas, muy dolorosa, causadas por líquidos calientes, llamas o productos químicos. Segundo grado profundo con ampollas que se retiran con facilidad, apariencia roja, cérea de la herida, dolor si se presionan, dejan cicatriz. Las quemaduras de tercer grado, alcanzan dermis reticular hipodermis, no hay dolor ni llenado capilar, puede haber lesiones blanco amarillentas y la existencia de ampollas. Cuando se habla de quemaduras de cuarto grado se hace en referencia a las que afectan al tejido subcutáneo, fascia, músculo, hueso y órganos con aspecto carbonizado. (9, 10).

Otra clasificación de las quemaduras es según la extensión de la superficie quemada, en los niños se utiliza la regla de los 9 de Wallace modificada (Lund-Browder). En el recién nacido el 19% es representado por la superficie que ocupa la cabeza, siendo del 13% de extensión para cada uno de los miembros inferiores, manteniéndose los otros segmentos corporales sin variación al igual que en el adulto quemado, que en este caso es del 9% por cada miembro superior y del 36% en el tronco. Cada año de edad que se incrementa en el bebé supone una disminución del 1% con referencia a la superficie ocupada por la cabeza y se aumenta 0,5% en cada extremidad inferior. Para calcular la gravedad se utiliza el índice de gravedad (IG)=40 - edad del paciente+% quemadura. Índice de gravedad leve (0 a 40). Moderado (41 a70). Grave (71 a 100). Crítico (101 a 150). Extremo más de (151). Otra clasificación es la de la palma de la mano usada con frecuencia

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

para valorar la extensión de la quemaduras, se mide la superficie quemada de la piel utilizando la palma de la mano sin contar los dedos, cada palma de la mano se corresponde con el 1 % de la superficie corporal, es un método rápido de valoración, sirve tanto para niños como adultos. (11).

La atención extrahospitalaria inicial del paciente pediátrico quemado es llevada a cabo por el personal sanitario integrante de los servicios de emergencias, para ello se cuenta con una red de ambulancias dotadas de los equipamientos necesarios para hacer frente a las situaciones requeridas. En primer lugar, se debe garantizar la permeabilidad de la vía aérea de acuerdo con la complejidad de la situación, desde las maniobras de alineación y despeje (elevación del mentón o tracción de la mandíbula) al uso de cánulas orofaríngeas, máscaras con reservorio, hasta la intubación traqueal, estando indicada en casos de apnea en pacientes con una Escala de Coma de Glasgow igual o inferior a 8; cuando exista quemadura de la vía aérea; o cuando exista inestabilidad hemodinámica que no responde al manejo inicial. Una vez que se establece la permeabilidad de la vía aérea, es necesario verificar la frecuencia y calidad de la respiración del niño. Frecuencias rápidas y superficiales pueden indicar un problema de ventilación que requiera de intervención. El objetivo central es reconocer rápidamente las situaciones de alteración respiratoria y proveer la asistencia necesaria. Deben evaluarse la coloración de la piel (cianosis) y el estado mental. La presencia de estos signos indican la necesidad de administrar oxígeno suplementario y el traslado inmediato a un centro hospitalario.

Es importante establecer con rapidez si existen signos o síntomas que sugieran sangrado activo externo o interno. El diagnóstico de shock en el niño se basa en el examen físico; se deben evaluar la calidad y presencia de los pulsos centrales, las características de la piel y del llenado capilar y el estado de la conciencia.

Se debe desnudar al niño, algunas lesiones pueden no ser detectadas si no se retira por completo las ropas del paciente, cubriéndolo con mantas térmicas sin olvidar que estos pacientes son muy sensibles a la hipotermia.

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

La administración de medicaciones precisas, transporte rápido y eficaz disminuyen de forma significativa las complicaciones derivadas de las quemaduras, interviniendo favorablemente en la disminución de efectos adversos negativos que repercuten en la pronta recuperación del niño. (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

2 OBJETIVOS.

- 1.**Identificar las principales etiquetas diagnósticas en el paciente pediátrico quemado.
- 2.**Elaborar un plan de cuidados de enfermería que garantice una asistencia sanitaria extrahospitalaria de calidad al paciente pediátrico quemado.

3 METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

En la realización del presente trabajo se siguió un diseño de carácter descriptivo basado en una búsqueda bibliográfica y en la aplicación de las competencias del Plan de Estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

3.2 Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos PubMed, Cuiden, Scielo, Dialnet, Cochrane.

Los criterios de selección de los artículos fueron aquellos que cumplían los requisitos de inclusión: publicados desde 2000 hasta 2014, escritos en español y relacionados con las quemaduras en la edad pediátrica.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda bibliográfica fueron: cuidado, niño quemado, enfermería, quemaduras, lesión, infección, flictenas, tratamientos.

Se dieron como válidos aquellos artículos que se encontraban disponibles a texto completo y cumplían con los objetivos del presente trabajo.

Tabla 1. Bases de datos, palabras clave, artículos hallados, revisados y utilizados.

<i>BASES DE DATOS</i>	<i>PALABRAS CLAVE</i>	<i>HALLADOS</i>	<i>REVISADOS</i>	<i>UTILIZADOS</i>
Scielo	Cuidado, niño quemado	1200	10	4
Dialnet	enfermería	6	8	2
Cuiden	Niño quemado	15	9	4
Cochrane	infección	12	2	3
Scien Direct	tratamientos	502	5	4

3.3 Desarrollo temporal del estudio

El trabajo se desarrolló en el periodo comprendido entre Febrero y Mayo de 2014.

3.4 Ámbito de aplicación del estudio

Este trabajo puede resultar interesante para todos aquellos profesionales de enfermería que presten sus servicios en el ámbito extrahospitalario.

3.5 Población diana

Paciente pediátrico quemado en el medio extrahospitalario.

3.6 Taxonomía utilizada

.Valoración a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

.NANDA, NIC. NOC.

4.DESARROLLO

Los principales diagnósticos de enfermería con respecto a los patrones funcionales de Marjory Gordon aplicados al paciente pediátrico quemado en el medio extrahospitalario son los siguientes:

DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES(NANDA 0030) Patrón 3 eliminación.

Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo capilar(19).

Características definitorias:

Presencia de disnea acompañada de taquicardia con aleteo nasal, hipoxemia, somnolencia, hipocapnia, irritabilidad, diaforesis, pH arterial anormal. cianosis (neonatos) (19).

Factores relacionados:

Desequilibrio en la ventilación perfusión (19).

Resultados NOC:

Conseguir un estado respiratorio: intercambio gaseoso óptimo (0402).

Conseguir un estado respiratorio adecuado y eficaz (0403) (20).

Indicadores:

Estos son algunos de los signos y síntomas que se debe vigilar : disnea en reposo (040203), somnolencia (040207), frecuencia respiratoria, (040301), dificultad respiratoria (040316) mantenimiento de la saturación en rango óptimo (041112) y ritmo respiratorio (040302) así como la capacidad vital del niño (040325) (20).

Intervenciones NIC:

Cambio de posición (0840) de decúbito supino a una posición adecuada (semi-fowler o fowler para mejorar el intercambio gaseoso) (21).

Manejo de las vías aéreas (3140) administrar aire u oxígeno humidificado si procede, aspiración de las vías aéreas en caso de ser necesario (3160) (21).

Fisioterapia respiratoria (3230) administrar bronco dilatadores si está indicado, observar la tolerancia del paciente por medio de la saturación de oxígeno, ritmo y frecuencia cardiaca (21).

Actividades:

Oxigenoterapia, administración de oxígeno humidificado según litros/minutos indicados por el facultativo.

Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiere con los intentos de respirar por parte del niño.

Verificar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro), gasometría en sangre arterial si procede (21).

DÉFICIT DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS (NANDA 00027) Patrón 2: Nutricional-metabólico.

Disminución del líquido intravascular, intersticial, intracelular. Se refiere a la deshidratación o sólo pérdida de agua sin ningún cambio en el nivel del sodio (18).

Características definitorias:

Con frecuencia se produce una disminución de la diuresis, aumentando la concentración de orina.

Disminución de la presión arterial y como consecuencia un aumento en la frecuencia cardiaca (18).

Factores relacionados:

Pérdida del volumen de líquidos como resultado del fallo en los mecanismos reguladores (19).

Resultados NOC:

Obtención de un adecuado nivel hídrico (0601) (20).

Indicadores:

Presión arterial (060101) en rango con presencia de pulsos periféricos (060105) constituyendo los indicadores más idóneos a valorar en el ámbito extrahospitalario (20).

Intervenciones NIC:

Terapia intravenosa (4200) conseguir un correcto manejo de la hipovolemia (4180). Obtención de un adecuado manejo de líquidos (4120) lograr mantener el equilibrio de líquidos y prevención de las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos no deseados por ser considerados anómalos (21).

Actividades:

Administración de líquidos intravenosos a temperatura ambiente, entre tanto vigilar el punto de punción y la frecuencia de la perfusión.

Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).

Si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y electrolitos persisten consultar con el médico o si se observa sobrecarga de líquidos y reacciones físicas (21)

DOLOR AGUDO (NANDA 00132) Patrón 6: Cognitivo-Perceptual.

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos(International Association For the Study of Pain)

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses (19).

Características definitorias:

"ojos apagados", expresión abatida (inquietud, llantos, suspiros) expresión de dolor, dilatación pupilar (19).

Factores relacionados: Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) (19).

Resultados NOC:

Control del dolor por medio de las actuaciones del personal sanitario con la ayuda de técnicas y medicaciones analgésicas precisas para tal efecto (1605) (20).

Indicadores:

El niño reconoce factores causales, es decir es consciente del origen del dolor (160501) percibiendo el comienzo del mismo (16052) y refiriendo síntomas al profesional sanitario (160507) (20).

Intervenciones NIC:

Manejo del dolor (1400) (21).

Asegurar que el niño recibe los cuidados analgésicos correspondientes (140004) (21).

Ayudar al niño y a la familia a obtener apoyo (140005) (21).

Considerar el tipo y la fuente de dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo (140007) (21).

Actividades:

Evaluar la intensidad del dolor y registrar

Administrar la medicación analgésica según protocolo y volver a realizar la valoración del dolor.

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Averiguar si el niño presenta alergias o procesos que puedan agravarse por los efectos de determinados analgésicos .

Registrar alergias y/o intolerancias a los analgésicos (21).

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (NANDA 00046)

Patrón.2:Nutricional_Metabólico.

Alteración de la epidermis y /o de la dermis (19).

Características definitorias:

Destrucción de las capas de la piel, Invasión de las estructuras corporales.

Quejas producidas por el picor, dolor, eritema y cambio de coloración. Tumefacción en la zona afectada y alrededor. Interrupción de la solución de continuidad de la piel con destrucción de las capas de la piel pudiendo llegar a producir invasión de estructuras del organismo (19).

Factores relacionados:

Daño en la piel producido como consecuencia de quemaduras de diversa índole lesionando el tejido cutáneo (19).

Resultados NOC:

Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas (1101) (20).

Indicadores:

Se evaluará y se llevará a cabo todos aquellos procesos necesarios para garantizar en la medida mayor posible la recuperación de la sensibilidad (110102), elasticidad (110103), hidratación (110104), y piel intacta (110113) (20).

Intervenciones NIC:

Favorecer el proceso de cicatrización mediante la administración de medicación tópica que promuevan la integridad de la piel, disminuyendo un efecto negativo. Cuidado de las heridas :quemaduras (3661).

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Vigilancia de la piel previniendo la continuidad de lesiones produciendo una pronta recuperación. Protección contra las infecciones (65509).

Manejo de líquidos/electrolitos (2080) (21).

Actividades:

Limpieza exhaustiva de la herida con técnica completamente estéril, aplicación tópica con pomadas como silvederma (sulfadiazina de plata), Furacin (nitrofurazona) con abundancia de gasas impregnadas, colocación de compresas con el fin de proteger del contacto de la lesión con el medio externo y fijación mediante vendas sin comprimir los tejidos.

Administración de hidroterapia en caso de ser necesario con un aporte adecuado de iones y electrolitos (21).

RIESGO DE INFECCIÓN (NANDA 00004) Patrón.2: Nutricional-Metabólico.

Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos(18).

Características definitorias:

Destrucción de la piel y/o tejidos anejos con riesgo importante de infección. Extremar las medidas de asepsia en todos aquellos procedimientos y técnicas invasivas (19).

Factores de riesgo:

Procedimientos invasivos(catéter venoso periférico, catéter urinario. Defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel, traumatismo tisular, retención de líquidos corporales) (19).

Resultados (NOC)

Es imprescindible hacer una valoración exhaustiva de la presencia y grado de la infección a partir de los signos y síntomas que presente el niño (0703) y realizar un riguroso control del riesgo en el proceso infeccioso mediante acciones para eliminar o reducir en la medida de lo máximo posible la amenaza de infección (1924) (20).

Indicadores:

Se debe valorar la presencia de fiebre (070307) dolor e hipersensibilidad por la destrucción de los tejidos afectados (070308) y la posible infección del tracto urinario como consecuencia del sondaje urinario (070331) utilización de precauciones universales con el objetivo de no diseminar la infección (192414) (20).

Intervenciones NIC:

Mantenimiento de DAV (Dispositivos de Acceso Venoso) (NIC 2440) (21).

Cuidados del catéter urinario (NIC 1876) (21).

Actividades:

Cuidados del catéter urinario: mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, irrigar el sistema de drenaje urinario mediante técnica estéril si procede.

Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso: Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.

Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica como: rojez, tumefacción , sensibilidad, fiebre , malestar (21).

5. CONCLUSIONES

1.Las principales etiquetas diagnósticas NANDA identificadas en la asistencia extrahospitalaria al paciente pediátrico quemado son deterioro del intercambio de gases (0030), déficit del volumen de líquidos (00027), dolor agudo (00132), deterioro de la integridad cutánea (00046), riesgo de infección (00004).

2.Los cuidados de enfermería extrahospitalarios fundamentados en una valoración clínica adecuada y en la utilización de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, constituyen la base de una práctica enfermera de calidad que contribuye a disminuir la variabilidad en la asistencia sanitaria y a aumentar la seguridad del paciente pediátrico quemado que es atendido en el ámbito extrahospitalario.

6.BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Hernández , Fajardo Villaroel A, Navarro Álvarez Y. Atención de enfermería a la urgencia pediátrica por quemaduras. Desarrollo Cientif Enferm. 2012 :20(3): 91-96.
2. Forero Laguado N, Fernández Soto DR. Quemaduras en pediatría. Médicas UIS revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander. 2007;20:211-19.
3. Suarez Franco M, Hernández Mesa V. Atención Extra-hospitalaria de Enfermería en Pacientes Quemados. Revista Científica Higia de Enfermería. 2012;81:68.
4. Rodríguez Gómez O, Castillo Illas M, Castellanos Castillo Y. Calidad en la atención al quemado. Revista Cubana de Enfermería. 2004; 20(1): 1-1.
5. Delgado Pardo G, Moreno Garcia I. Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Anuario de psicología y de la Salud 2010; 6 17-21.
6. R Zárata Guerrer, G. Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares. Rev. Latinoam. Psicopat.. Fund.. Saõ paulo. Marzo 2008;11(1):29-30.
7. Fernández Jiménez I, De Diego García E.M, Sandoval González F. Quemaduras en la infancia. Valoración y tratamiento BOL PEDIATR 2001; 41:99-105.
8. Ledo García MJ, Crespo Llagostera T, Marti Romero MP, Sacristán Vela JL, Padilla Monclús MP, Barniol Llimos N. Tratamiento ambulatorio de las quemaduras. Trabajos de Investigación. Enero-abril 2010;9.
9. Aladro Castañeda M, Díez González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. Revista de Seapa.2013;XI:12-17.
10. Sánchez López JE. Manejo del niño quemado. Revista Científica Ciencia Médica. 2011;14.

CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

11. García Aguilar RA, Díaz- Borrego Horcajo J, Pérez Boluda MT, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Rev Cient C, 2011;10.
12. Pérez Boluda M, Lara Montenegro J, Ibañez Mata J, Cagigal González L, León Llerena CM. Guía de Actuación ante el Paciente Quemado. Hospital R. U Carlos Haya. Málaga. : Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería., 2006.
13. García Amiguetei FG, Herrera Morillas F, García Moreno JL, Velázquez Guisado R, Picó Tato S. Manejo y reanimación del paciente quemado. Emergencias y catástrofes 2000;1(4.200): 217-224.
14. Díaz Arana K. Manejo del paciente Con lesiones Por Quemadura. Guía de práctica clínica. Lesión por quemadura.2010; CIE-10:T20-T32.
15. López JC. Tratamiento de las quemaduras en la infancia. An Pediatr Contin. 2007;5(4):218-2.
16. Stuart E, Amit R, Marnta Shah. Tratamiento de urgencia y tratamiento precoz de las quemaduras. Intramed 13 Jul 09 Revisión clínica. BMJ. 2009 Apr 8;338:b1037.
17. Ramírez Rivero CE, Rivera J, Cabezas MC, Lorenzo LB , Uribe Carbajal JA. Manejo de quemados Asociación Colombiana De Facultades De Medicina-Ascofame. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. PROYECTO ISS- ASCOFAME;2009.
18. Gerencias de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Aragón, 2013.
19. Herdman TH. (Ed). NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
20. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Docchterman J, Maas M, Moorhead S, et al. (Eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed.

Barcelona: Elsevier; 2007.

21. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. (Eds). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados de Salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. (Eds). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.