

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/2015

TRABAJO FIN DE GRADO

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A
PACIENTES GRANDES QUEMADOS

Autor/a: Andrea Pomar Clavel

Profesor/a: Beatriz Sanz Abós

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. OBJETIVOS.....	7
5. METODOLOGÍA.....	8
5. DESARROLLO	
5.1 VALORACIÓN.....	10
5.2 DIAGNÓSTICO.....	12
5.3 PLANIFICACIÓN.....	13
5.4 EJECUCIÓN.....	18
5.5 EVALUACIÓN.....	18
6. CONCLUSIONES.....	19
7. BIBLIOGRAFÍA.....	20
8. ANEXOS	
ANEXO I.....	23
ANEXO II.....	24
ANEXO III.....	25
ANEXO IV.....	26
ANEXO V.....	27
ANEXO VI.....	27
ANEXO VII.....	28
ANEXO VIII.....	29

1. RESUMEN

Introducción: Se define quemadura como la destrucción de los tegumentos, incluso de los tejidos subyacentes, bajo efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radiactivo, cuya gravedad está en relación con la extensión y profundidad de la lesión. Los accidentes por quemaduras ocupan el segundo lugar en el mundo. La mortalidad global por causa de estas se ha visto disminuida en los últimos años, actualmente varía alrededor del 19%. Se considera paciente quemado crítico aquel que es susceptible de ingresar en una unidad de grandes quemados (UGQ), debido a que las complicaciones de la quemadura pudieran poner en peligro su vida. Es importante tener clara la actuación de enfermería en este tipo de unidades tan específicas y llevar a cabo una atención completa, a nivel psicológico y físico en este tipo de pacientes.

Objetivo: Mejorar la calidad de vida del paciente gran quemado mediante el cuidado de su integridad tisular y minimizando su dolor, además de realizar una atención integral disminuyendo su nivel de ansiedad.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas y se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC, para el posterior desarrollo de un plan de cuidados.

Conclusiones: Utilizar un plan de cuidados ayuda a los profesionales de enfermería a abordar los principales problemas que surgen durante el cuidado de los pacientes grandes quemados, además de permitir llevar a cabo una atención integral de los mismos.

Palabras clave: Grandes quemados, quemaduras, cuidados de enfermería, atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Burn is defined as the destruction of the integument, including the underlying cell tissues, under the effect of thermal, electrical, chemical or radioactive agents, whose gravity is related to the extent and depth of the injury. Burn accidents rank second in the world. Moreover, overall mortality because of these has been diminished in recent years, currently varies around the 19%. Critical burn patient, who is likely to enter an UGQ because the complications of the burn, could endanger his life. It is important to be clear about the performance of nursing in such so specific area and performing a complete attention, not only in a psychological but also in a physical level in these patients.

Objective: Improve life quality from a major burn patient through the intensive care of his or her cell tissue integrity and minimize at the same time his or her pain, as well as realize a comprehensive care to decrease his or her anxiety level.

Methodology: It has been conducted a bibliographical review in scientific databases and using the taxonomies NANDA, NIC and NOC.

Conclusions: Using a standardized care plan helps nurses to address the main problems that arise during the care of major burn patients, moreover this allows to carry out an exhaustive nursing of them.

Keywords: severe burns, burns, nursing care, nursing care.

2. INTRODUCCIÓN

Se define quemadura como la destrucción de los tegumentos, incluso de los tejidos subyacentes, bajo efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radiactivo, cuya gravedad está en relación con la extensión y profundidad de la lesión. Esta lesión no solo produce una reacción localizada en el lugar dañado si no que provoca una respuesta patológica en todo el organismo. El traumatismo por quemadura es el más grave en el contexto de las diversas agresiones que puede sufrir el organismo⁽¹⁻³⁾.

Actualmente no existe un criterio general para definir al paciente «quemado crítico». La mayoría de los autores consideran como tal aquellos pacientes, que por la etiología de las quemaduras que presentan, por su localización, por su profundidad o por su extensión, son susceptibles de ser ingresados en una unidad de grandes quemados (UGQ) para un tratamiento intensivo, dado que las complicaciones que pudieran presentar ponen en peligro su vida o pueden causarle deformidades invalidantes⁽⁴⁾.

Los accidentes por quemaduras ocupan el segundo lugar en el mundo, por detrás únicamente de las fracturas. Se estima que en EE.UU se producen cada año 1,1 millones de heridas por quemadura que requieren intervención médica, de las cuales alrededor de 45.000 requieren hospitalización y aproximadamente 4500 culminan con la muerte del paciente. En España aproximadamente 500.000 quemados precisan atención médica y el ingreso en hospitales por quemaduras agudas se estima en 27 por cada cien mil habitantes/año siendo más frecuentes en individuos jóvenes^(1,5,6).

La mortalidad global por causa de las quemaduras se ha visto disminuida en los últimos años y actualmente varía alrededor del 19%, mientras que hace 50 años fallecían la mitad de los pacientes con una edad comprendida entre los 15 y 44 años y una superficie quemada del 46%, actualmente el 50% de mortalidad en este grupo de edad se corresponde con una superficie quemada del 70%⁽⁷⁻⁹⁾.

El pronóstico del paciente quemado crítico ha mejorado en las últimas décadas gracias a los avances en la comprensión de la fisiopatología de las

quemaduras, al tratamiento de resucitación agresivo, al tratamiento quirúrgico precoz y a un mejor control de la infección⁽²⁾.

Para asistir a pacientes quemados que padecen gran sufrimiento tanto físico como psicológico, es importante aportar al paciente cuidados a nivel físico, mental, emocional y espiritual, es por ello por lo que las UGQ deben de contar con un cuerpo clínico multiprofesional⁽⁵⁾.

La atención en la UGQ engloba una serie de fases:

Fase de emergencia/reanimación: Comienza con el momento de la llegada del paciente al servicio, en el cual es importante focalizar las prioridades de emergencia del paciente como son permeabilidad de las vías aéreas, respiración, circulación y constantes vitales. Se valora el nivel de dolor del paciente mediante la aplicación de la escala visual analógica (EVA) (ANEXO I) y se realiza la escala Glasgow para valorar el nivel de conciencia y el deterioro neurológico del mismo (ANEXO II).

Por otro lado se lleva a cabo una valoración inicial de la quemadura en la cual influyen los siguientes factores para evaluar con toda precisión y posterior actuación:

- a) Profundidad de la quemadura: Según su profundidad podemos encontrar quemaduras superficiales (afectan únicamente a la epidermis), quemaduras de espesor parcial superficiales (afectan a la dermis y sus papilas), quemaduras de espesor parcial profundas (destrucción de dermis reticular e hipodermis) y quemaduras de espesor completo (afectación de todas las capas de la piel pudiendo llegar a musculo y hueso) (ANEXO III).
- b) Extensión de la quemadura (puede valorarse fácilmente siguiendo la regla de los "9" de Wallace o regla del 1 de la palma de la mano) (ANEXO IV).
- c) Localización de la quemadura.
- d) Agente causal.
- e) Lesiones asociadas.
- f) Tiempo transcurrido desde el accidente.

Esta fase finalizará con la reposición de líquidos (se calcula la cantidad que se debe administrar según distintas fórmulas, la más utilizada es la fórmula de Parkland) (ANEXO V) (ANEXO VI).

Fase aguda/intermedia: Es aquella que ocurre en las 48/72 horas siguientes a la quemadura y comprende el periodo que va desde el inicio de la diuresis hasta la cicatrización completa de la herida. Durante esta etapa se inician el cuidado dirigido a la herida, tratamientos nutricionales y medidas para controlar los procesos infecciosos. En esta fase las curas toman una gran importancia, estas son realizadas por el personal de enfermería, deben realizarse en condiciones de esterilidad absoluta y de forma general se llevan a cabo mediante un lavado con agua templada y jabón, seguido de un secado posterior y la aplicación de agentes antimicrobianos vía tópica. La administración de fármacos opioides debe preceder a todos los procedimientos invasivos para maximizar el bienestar del paciente y reducir la ansiedad asociada con el desbridamiento de la herida y el tratamiento físico intensivo.

Fase de rehabilitación: Se inicia en el momento de la cicatrización de la quemadura hasta el retorno al nivel óptimo de adaptación física y psicosocial.

En todas las fases adoptamos el método de resolución científica de problemas, es decir, valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación^(1,5-7,10-22).

El paciente gran quemado es un gran desconocido para la mayor parte del personal de enfermería, además de ser un paciente que requiere atención permanente y multidisciplinaria. Estos pacientes son un reto para nosotros como enfermeros ya que adquirimos una gran importancia en el ámbito de su cuidado. Es importante tener clara la actuación de enfermería en este tipo de unidades tan específicas, por ello, para garantizar una asistencia de calidad a estos pacientes, voy a realizar un plan de cuidados centrado en sus complicaciones principales como son, el cuidado de su integridad tisular y la disminución de su dolor y de su nivel de ansiedad (ANEXO VII).

3. OBJETIVOS

- 1.** Mejorar la calidad de vida del paciente gran quemado a través del correcto cuidado de su integridad tisular e intentando minimizar su dolor, en las unidades de grandes quemados.
- 2.** Realizar una atención integral del paciente gran quemado incluyendo el ámbito psicosocial a través de la disminución de su nivel de ansiedad, en las unidades de grandes quemados.

4. METODOLOGÍA

La realización de este trabajo se ha basado en una estrategia de búsqueda bibliográfica estructurada (mediante la aplicación de las competencias obtenidas durante el plan de estudios del título de Graduat@ en Enfermería por la Universidad de Zaragoza), en la lectura crítica de la literatura encontrada y en la posterior síntesis de los resultados para alcanzar un conocimiento contrastado sobre el tema en cuestión. La búsqueda bibliográfica se ha realizado en diferentes bases de datos: Cuiden, Pudmed, Dialnet, Google académico; y varios libros, como se describe en las tablas siguientes.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ENCONTRADOS	UTILIZADOS
Google académico	Gran quemado.	20	13
Dialnet	Atención enfermería, quemado.	7	1
Cuiden	Tratamiento quemado, grado quemadura.	15	7
PubMed	Burned critical patient.	4	0

LIBROS

Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

Interrelaciones. NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.

Para la realización de este trabajo (desarrollado entre los meses de febrero y mayo del año 2015) se han seleccionado artículos que abarcan desde el año 1999 hasta el 2015. La información encontrada anterior al año 1999 ha sido descartada. Finalmente, 21 artículos han sido los utilizados para la realización del trabajo.

A su vez se obtuvo información mediante la consulta de distintos libros encontrados en la biblioteca de la facultad de ciencias de la salud.

Se desarrolla un plan de cuidados estandarizado dirigido a pacientes grandes quemados centrado en las UGQ y siguiendo una metodología enfermera. Se propone el modelo de enfermería de Virginia Henderson.

En este plan se exponen los diagnósticos enfermeros más relevantes en estos pacientes, así como los criterios de resultados, indicadores, intervenciones y actividades para cada uno de los diagnósticos, haciendo uso de la taxonomía NANDA, NOC y NIC⁽²³⁻²⁶⁾.

5. DESARROLLO

5.1 VALORACIÓN

La población diana de este plan de cuidados son los pacientes adultos grandes quemados que requieren tratamiento permanente en UGQ, siendo estos pacientes aquellos que presentan >20% SCQ, quemaduras que afectan a cara y/o cuello, quemaduras por inhalación, quemados politraumatizados o quemados con enfermedades de base graves.

Para poder llevar a cabo la valoración y dadas las condiciones de este tipo de pacientes, se escoge el modelo biopsicosocial de Virginia Henderson y sus 14 necesidades humanas básicas. El objetivo va a ser considerar la persona como un todo y desarrollar un entorno saludable.

En un primer lugar se va a realizar la valoración en la que se puede determinar la situación de salud de estos pacientes.

Se exponen en la siguiente tabla las manifestaciones de dependencia e independencia de estos pacientes así como datos importantes a considerar según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

	Manifestaciones de dependencia	Manifestaciones de independencia	Datos a considerar
Respiración y circulación	Insuficiencia respiratoria.		Oxigenoterapia.
Alimentación e hidratación	Disfagia. Déficit nutricional Pérdida de volemia.		Nutrición parenteral. Reposición de líquidos (Parkland).
Eliminar desechos orgánicos	Incontinencia mixta.		Portadores sonda vesical y pañal.
Movimiento, mantenimiento de una postura adecuada	Movilidad muy reducida.		Cambios posturales peligrosos, desestabilizan al paciente (realizar los mínimos posibles), intentar que coincidan con las curas.
Dormir y descansar	Dificultad para conciliar el sueño debido al dolor.		Se realiza escala EVA para valoración del dolor.
Seleccionar vestimenta adecuada	Incapacidad para vestirse.		En las UGQ se confeccionan trajes especiales para estos pacientes.
Mantener la temperatura corporal	Hipertermia.		Uso de medios físicos como mantas de frío.
Higiene corporal e integridad de la piel	Incapacidad para ducharse. Pérdida de la integridad tisular por las quemaduras.		Se valora la superficie quemada a través de la regla del 9 (SQC>20%). Se realiza cura diaria.
Evitar los peligros		Consciente.	Se valora nivel de conciencia a través de la escala Glasgow.
Comunicarse	Dificultad para hablar.		
Creencias	Crisis situacional y religiosa. Pérdida de futuras esperanzas.		
Realización personal	Ansiedad debido a pérdida de independencia. Alteración de la imagen corporal.		Se utiliza la escala Goldberg para valorar la ansiedad.
Recreación y ocio	Pocas actividades recreativas por inmovilidad.		Este tipo de pacientes pueden recibir visitas.
Aprender	Hospitalización prologada. Periodo de adaptación a la nueva situación.		El equipo de enfermería enseñará al paciente a mediar con la nueva situación.

5.2 DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos de enfermería enunciados por la taxonomía NANDA más adecuados en el marco de los pacientes grandes quemados se indican a continuación:

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES
▪ (00044) Deterioro de la integridad tisular.
▪ (00132) Dolor agudo.
▪ (00146) Ansiedad.
▪ (00118) Trastorno de la imagen corporal.

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS
▪ (00027) Déficit del volumen de líquidos.
▪ (00002) Desequilibrio nutricional por defecto.
▪ (00004) Riesgo de infección.

5.3 PLANIFICACIÓN

Los resultados esperados obtenidos de la taxonomía NOC y las intervenciones obtenidas de la taxonomía NIC, que se plantea realizar siempre que tenga sentido aplicarlas a cada paciente de forma específica, se indican a continuación:

➤ **DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES**

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c agentes térmicos m/p lesión por destrucción tisular.

NOC	INDICADORES
▪ (1106) Curación de las quemaduras.	110102 Proliferación celular. 110602 Porcentaje de la zona de la quemadura curada. 110605 Perfusión tisular en la zona de la quemadura.
▪ (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	110101 Temperatura de la piel. 110108 Textura. 110112 Crecimiento del vello cutáneo. 110113 Integridad de la piel.

NIC

- (3661) Cuidados de las heridas: quemaduras.**

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p respuestas autónomas (cambios en la presión arterial, respiración y pulso).

NOC	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none">▪ (2010) Estado de comodidad física.	201004 Posición cómoda. 201011 Vías aéreas permeables. 201012 Saturación de oxígeno.
<ul style="list-style-type: none">▪ (0802) Signos vitales.	080201 Temperatura corporal. 080204 Frecuencia respiratoria. 080209 Presión del pulso.

NIC

<ul style="list-style-type: none">▪ (2210) Administración de analgésicos.▪ (6482) Manejo ambiental: confort.▪ (4400) Musicoterapia.
--

(00146) Ansiedad r/c amenaza de cambio en el estado de salud m/p insomnio, incertidumbre y preocupación creciente.

NOC	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none">▪ (1302) Afrontamiento de problemas	130201 Identifica patrones de superación eficaces. 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo. 130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos.
<ul style="list-style-type: none">▪ (1300) Aceptación: estado de salud.	130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. 130016 Mantiene las relaciones. 130018 Muestra resistencia.
<ul style="list-style-type: none">▪ (1211) Nivel de ansiedad.	121106 Tensión muscular. 121108 Irritabilidad. 121129 Trastorno del sueño.

NIC

- (5270) **Apoyo emocional.**
- (5230) **Aumentar el afrontamiento.**
- (5880) **Técnica de relajación.**

(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c lesión m/p sentimientos negativos sobre el cuerpo (sentimientos de desesperación, desesperanza impotencia) y rechazo a verificar un cambio real.

NOC**INDICADORES**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ (1305) Modificación psicosocial: cambio de vida.▪ (1200) Imagen corporal. | <ul style="list-style-type: none">(130513) Expresiones de apoyo social adecuado.(130511) Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida.(130512) Expresiones de sentimientos socializados.(120007) Adaptación a cambios en el aspecto físico.(120008) Adaptación a cambios en la función corporal. |
|--|--|

NIC

- (5400) **Potenciación de la autoestima.**

➤ **DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS**

(00027) Déficit del volumen de líquidos r/c fallo de los mecanismos reguladores m/p disminución de la diuresis, aumento de la concentración de la orina y aumento de la temperatura corporal.

NOC	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none">▪ (0601) Equilibrio hídrico.	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas. 060109 Peso corporal estable. 060120 Densidad específica urinaria.
<ul style="list-style-type: none">▪ (0504) Función renal.	050401 Ingesta adecuada de líquidos. 050402 Equilibrio de la ingesta y el gasto en 24 horas. 050406 Color de la orina.
<ul style="list-style-type: none">▪ (0916) Nivel de confusión aguda.	091613 Alteración del nivel de consciencia. 091616 Agitación. 091617 Trastorno del patrón sueño-vigilia.
NIC	
<ul style="list-style-type: none">▪ (4120) Manejo de líquidos.▪ (4200) Terapia intravenosa.	

(00002) Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos m/p inflamación y ulceración de la cavidad bucal.

NOC	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (0501) Eliminación intestinal. 	050101 Patrón de eliminación. 050129 Ruidos abdominales.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 	100802 Ingestión alimentaria por sonda. 100804 Administración de líquidos i.v.

NIC

- (1056) **Alimentación enteral por sonda.**
- (1160) **Monitorización nutricional.**

(00004) Riesgo de infección r/c destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

NOC	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (1107) Recuperación de las quemaduras. 	110702 Perfusión tisular en la zona de quemadura. 110703 Porcentaje de la quemadura curada. 110704 Estabilidad de la temperatura.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (0702) Estado inmune. 	070220 Detección de infecciones actuales. 070214 Recuento absoluto leucocitario.

NIC

- (6540) **Control de infecciones.**

5.4 EJECUCIÓN

Se llevarían a cabo distintos tipos de actividades relacionadas con las intervenciones citadas, desde el ámbito físico con la correcta realización de las curas, o la administración de los analgésicos con criterio, hasta el ámbito psicológico con la realización de distintas técnicas de relajación, musicoterapia, ayudar al paciente a afrontar la enfermedad demostrándole apoyo, etc. Se deberá adaptar cada una de estas actividades al paciente de manera individual (ANEXO VIII).

5.6 EVALUACIÓN

La evaluación se basaría en el uso de 4 escalas que se realizarían con la llegada del paciente a la unidad y se repetirían con el paso de un periodo de tiempo prudencial tras haber realizado las intervenciones y actividades establecidas, para observar si se alcanzan los objetivos definidos.

- **Escala visual analógica (EVA):** Consiste en una línea recta, habitualmente de 10 cm de longitud. El paciente anota en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo a su percepción individual, midiendo el dolor en centímetros desde el punto cero (sin dolor).
- **Regla del 9:** Permite calcular la superficie corporal quemada, se calcula en áreas de 9% cada una: la cabeza y el cuello, el tórax, el abdomen, espalda superior, espalda inferior, glúteos, cada muslo, cada pierna y cada extremidad superior. El 1% restante son los genitales externos.
- **Glasgow:** Es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.
- **Goldberg:** Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión (en este caso solo se va a usar la de ansiedad), con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa.

6. CONCLUSIONES

Utilizar como instrumento de trabajo un plan de cuidados estandarizado ayudará a los profesionales de enfermería a la hora de abordar los principales problemas que surgirán durante el cuidado de los pacientes grandes quemados, como el dolor y el cuidado de su integridad tisular, mejorando así su calidad de vida.

Este plan de cuidados por otro lado, nos permitirá llevar a cabo una atención integral del paciente gran quemado que le ayudará a afrontar mejor su nueva situación, mejorar su estado físico, psíquico y social, y disminuir su nivel de ansiedad.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) González RG, Pamos JR, Palomares RT, Oller JD. Estado actual del manejo urgente de las quemaduras (I) Fisiopatología y valoración de la quemadura. *emergencias* 2000;13:122-129.
- (2) González-Cavero J, Arévalo J, Lorente J. Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico. *emergencias* 1999;11:295-301.
- (3) Píriz-Campos RM, Martín Espinosa NM, Postigo Mota S. Guía terapéutica en el paciente quemado crítico. *Rev ROL Enferm* 2014;37(2):111-114.
- (4) Rivero CR, Blanco CR, Blanco MAR, Blanco NR. Manejo del paciente quemado. *Salud UIS* 2007;39:124-136.
- (5) Renata Rocha D, Abreu Freitas ME. Unidade de tratamento de queimados: Relato de experiencia sobre a construção de protocolo para os cuidados de enfermagem. *Enfermería global: Rev electrónica semestral de enfermería* 2003(3).
- (6) Lemone P, Burke K. *Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia al paciente.* 4ª ed. Madrid;2009.
- (7) Villegas J, Torres E, Pedreros C, Singh P, Longton C, Carlos Said J, et al. Mortalidad tras un año de protocolización en el manejo del paciente quemado. *Revista chilena de cirugía* 2010;62(2):144-149.
- (8) González-Cavero J, Arévalo J, Lorente J. Traslado secundario del paciente quemado crítico. *emergencias* 2000;12:340-344.
- (9) Martín Espinosa NM, Píriz-Campos RM. ¿Qué necesitamos saber sobre las quemaduras? *Rev ROL Enferm* 2014;37(2):80-86.
- (10) González RG, Pamos JR, Palomares RT, Oller JD. Estado actual del manejo urgente de las quemaduras (II). Conducta a seguir ante un paciente quemado. *emergencias* 2001;13:188-196.
- (11) Callejas Herrero A, Cuadrado Rodríguez C, Peña Lorenzo A, Díez Sanz MJ. Cuidados psicosociales de enfermería en el paciente gran quemado. *Rev ROL Enferm* 2014;37(2):131-136.
- (12) Fernández CMB. Atención al paciente con quemaduras.
- (13) Iwanyk P, Schirmer C, Iacouzzi S. Tratamiento inicial de las quemaduras. Buenos Aires:[sn] 2008:1-40.
- (14) Sánchez Rivera R. Caso clínico de una "tradicional" quemadura por fricción. *Hygia de Enfermería* 2010 ene-abr;17(73):19.23.

- (15) Fernández Peláez F, Beato Canfux AI, González Planas G, Breff Frómota A. Reanimación hídrica del paciente quemado mayor. Rev Cubana de Medicina Militar 2007;36(4):0-0.
- (16) Sánchez AFP, Franco MAH. Reanimación del paciente quemado. Iatreia 2008;21(2):153-165.
- (17) Navarro Coto JF, Granados Quesada R, Jiménez Pereira E. Historia de la reanimación del paciente quemado 2013;2(2).
- (18) Berrocal Revueltas M, Rodríguez Romero P, Rodríguez Torres GM, Ruiz Perez, Maria de los Angeles, Salgado Monterrosa EJ. Paciente quemado: manejo de urgencias y reanimación. Revista Ciencias Biomedicas 2011;2(2):316-326.
- (19) Pérez Boluda M, Morales Asencio J, Carrera Vela A. La vivencia del dolor desde la visión de los pacientes quemados graves. Un estudio fenomenológico. Rev Paraninfo Digital 2014;8(20).
- (20) Callejas Herrero A, Cuadrado Rodríguez C, Peña Lorenzo A, Díez Sanz MJ. Cuidados psicosociales de enfermería en el paciente gran quemado. Rev ROL Enferm 2014;37(2):131-136.
- (21) Martín Espinosa NM, Píriz-Campos RM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. Rev ROL Enferm 2014;37(2):100-109.
- (22) Martín Martínez V, Díez Sanz M, Corona Fernández O, González Fraile L. Rehabilitación física en el paciente gran quemado. Rev ROL Enferm 2014;37(2):124-129.
- (23) Bulechek GM, Johnson M, Maas ML, Dochterman JMC. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Elsevier; 2006.
- (24) Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences; 2009.
- (25) International N. NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier; 2009.
- (26) Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences; 2009.
- (27) Espinoza J, González L, Ruiz P. Tratamiento de la hipersensibilidad dentinaria post terapia periodontal, mediante el uso de dos dentífricos desensibilizantes. Rev clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral 2013;6(2):78-82.
- (28) Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta Médica Peruana 2011;28(2):105-111.

(29) Schwartz RJ, Chirino CN, Sáenz SV, Rodríguez TV. Algunos aspectos del manejo del paciente quemado en un servicio de cirugía infantil: A propósito de 47 pacientes pediátricos. IIa. Parte. Rev argentina de dermatología 2008;89(3):165-173.

(30) Tapia S A. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. Rev chilena de nutrición 2006;33:352-357.