

Atención de Enfermería a la Urgencia Pediátrica por Quemaduras

Resumen

Las quemaduras en la población infantil constituyen un serio problema, y una de las causas más frecuentes de accidentes. Por lo que el propósito fue identificar las principales causas de quemaduras en este grupo poblacional que acudió al Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez y describir la atención del personal de enfermería en sus intervenciones de salud con este sector poblacional. Se realizó un estudio retrospectivo, en el período comprendido de Octubre del 2009 a diciembre del 2010. Se evidencia según datos recogidos en el cuerpo de guardia, consulta externa y salas de hospitalización, que se atienden aproximadamente de 100 a 200 niños mensuales, con un incremento en número en los meses de Julio y Agosto siendo más frecuentes en el sexo masculino y que las causas son: Líquidos calientes (agua, ropa, café, teteros, vaporizaciones) en menores de 5 años. En mayores de 5 años: Líquidos calientes, fuego directo producto de fósforos y encendedores, objetos calientes, electricidad, explosiones y agentes químicos. Concluyendo que la atención de enfermería está encaminada a promover, recuperar y prevenir estos accidentes y las posibles complicaciones o lesiones visibles que pudieran dejar las quemaduras, la enfermera es una orientadora y los conocimientos contribuyen a una pronta recuperación de la salud contribuyendo a tener mejor y mayor cuidado en su desarrollo humano y del hogar previniendo de forma responsable este tipo de accidente.

Palabras clave: infancia, quemaduras, atención de enfermería.

Nursing Care for Pediatric Emergencies in Patients with Burns

Summary:

Burns, one of the most common accidents in childhood, represent a major problem. Purpose: To identify the main causes for burns among this population group of patients seeking medical attention at the Hospital Pediátrico Jesús Manuel Márquez and to describe the nursing care provided to this population segment. A retrospective study for the period from October 2009 throughout December 2010 was carried out. Based on data compiled from guard officer records, outpatient medical consultation and hospital wards, an average monthly 100 to 200 pediatric patients with burns seek medical care, with peak numbers during July and August. Burn incidence is higher among boys than girls. In children under the age of 5, the causative agents are hot liquids (water, clothing, coffee, feeding bottles, vaporizers), and in children over 5 years old, burns are caused by hot liquids, direct fire from matches and lighters, hot items, electricity, explosions, and chemicals. Conclusion: Nursing care focuses on the healing process for burns and prevention of probable complications or visible lesions resulting from burns as well as implementation of safety measure. The nursing staff fulfills a fundamental orientation role to create the sense of responsibility among adults for accident prevention and promotion of human development.

Key words: Childhood, burns, nursing care

* MSc Lic en enfermería, Máster en Urgencias Médicas, Profesora asistente del ICBP Victoria de Girón

** Lic en Enfermería, Profesor Auxiliar del ICBP. Victoria de Girón.

***Lic en Enfermería, maestra en Enfermería, Profesora asistente del ICBP. Victoria de Girón.

Manuscrito 746 recibido Febrero, aceptado Marzo 2012.

Introducción

La atención de enfermería va dirigida a cubrir las necesidades del paciente o del sistema familiar.

Las quemaduras son lesiones de la piel y de su anexo hasta los músculos y tendones, pueden generar desde problemas médicos leves hasta poner en riesgo la vida según la extensión y profundidad de ésta. Los primeros auxilios varían de acuerdo de la severidad de la quemadura, su localización y fuente de lesión. La gravedad de la quemadura está determinada por la intensidad de la temperatura y por la duración de la exposición al agente causante, tanto el espesor como la extensión de la quemadura definen el pronóstico del paciente.

Las quemaduras graves representan el tipo de agresión biológica más severo que puede sufrir el organismo y ponen en peligro la vida del paciente por el permanente riesgo de sepsis y falla multisistémica progresiva. La cicatrización, en las etapas tardías, da lugar a terribles deformaciones estéticas y funcionales dentro de las causas principales de estas lesiones se encuentran los líquidos y sólidos calientes, la electricidad, y el fuego.

Las quemaduras constituyen una de las causas más frecuentes de accidentes de la infancia, la mayoría son evitables ya que se producen a causa de descuido, o bien por ignorancia de los peligros potenciales de ciertas situaciones, razón por la cual los lactantes y niños pequeños deben recibir protección completa del medio que los rodea por sus características psicológicas (curiosidad) y su afán de imitar a los mayores.¹⁻³

La Organización Mundial de la Salud plantea que los accidentes provocan más de 20,000 muertes al año y en 21 países ocupa el primer lugar entre las causas de defunciones de niños entre uno y cuatro años de edad.

En Cuba es uno de los grandes problemas de salud y es una de las primeras causas de muerte entre los ciudadanos de todas las edades.⁴

La práctica de enfermería se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas, cuyo objetivo no es sólo combatir la enfermedad sino satisfacer un amplio repertorio de necesidades humanas cuya valoración y diagnóstico forma parte sustancial de la actividad de la enfermera en la actualidad. En este proceso de limitación y ampliación de competencias de la enfermería, la educación para la salud tiene un papel destacado.⁵

Para la sociedad cubana el mejoramiento permanente de la Calidad de la Atención Médica (CAM) constituye una premisa que se convierte en un principio metodológico y por tanto un reto para los trabajadores de la salud que demanda grandes esfuerzos. El programa CAM tiene como objetivo perfeccionar los actuales procedimientos en los servicios de salud para continuar elevando su calidad.⁶

El personal de enfermería desempeña un papel especial por la importancia que su intervención tiene en la

atención del paciente quemado, ella permanece todo el tiempo a su lado y puede apreciar mejor que otros miembros del equipo los cambios ocurridos durante su evolución.⁷ Por lo que el objetivo del presente trabajo es identificar las principales causas de quemaduras en la población infantil atendida en el hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez y describir la atención del personal de enfermería al paciente pediátrico quemado.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo, en el período comprendido de Octubre del 2009 a diciembre del 2010, donde se analizan los datos de pacientes atendidos en el hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. Para la realización del mismo se revisaron bibliografías (nacionales e internacionales), con un intervalo de publicación de 10 años para los libros y de cinco años para las revistas. Se utilizaron los métodos de comparación y análisis de lo planteado por diferentes autores nacionales e internacionales con el propósito de unificar criterios relacionados con la actuación del profesional en los servicios de salud.

Resultados

En la revisión realizada y teniendo en cuenta los datos obtenidos en el Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez, en cuerpo de guardia, consulta externa y salas de hospitalización, se atienden aproximadamente de 100 a 200 niños mensuales, con un incremento en número en los meses de Julio y Agosto.

El mayor porcentaje, con respecto a la edad, se encuentra bajo los 6 años (83%), siendo más frecuente entre los dos a cinco años, debido a que es en estas edades en donde los niños sienten mayor curiosidad por lo que les rodea y tienden a explorar más, sin tener conciencia de peligro. Según el sexo de los niños, la mayor frecuencia se observa en los niños varones, lo que probablemente se relaciona con el espíritu más aventurero que poseen.

Las causas más frecuentes según grupos etáreos:

Menores de 5 años: Líquidos calientes (agua, ropa, café, teteros, vaporizaciones) accidente sufrido en el hogar y más específicamente en la cocina y en presencia de adultos.

Mayores de 5 años: Líquidos calientes, pero al comenzar a salir de casa y tener otros juegos se exponen a otros riesgos. Se quemaron con fuego directo producto de fósforos y encendedores, objetos calientes, electricidad, explosiones y agentes químicos.

Rara vez las quemaduras se localizaron en una sola zona específica del cuerpo, se distribuyen en más de una zona, y las más frecuentes son: manos y brazos,

piernas y pies, pecho, cabeza y cuello, glúteos y genitales.

En cuanto al lugar de ocurrencia, claramente se identifica que los niños se queman en edad de cuidar, en el 90% de los casos, dentro de sus casas, y lo que es más increíble, en presencia de alguno de los padres o en presencia de algún adulto que sea responsable niño.

Las horas más frecuentes en las que los niños se queman son alrededor de las 18:00 horas, y cercano al mediodía, lo que coincide con la preparación de los alimentos.

La mortalidad fue de 0.2%, relacionada con quemaduras mayores y fallo multiorgánico, en el período estudiado.

Discusión

Estos datos coinciden con la mayoría de los autores. En Estados Unidos ocurren entre 600 y 800,000 casos al año con 5,000 defunciones; en la República Mexicana ocupan el cuarto lugar en la mortalidad por accidentes y violencias, en el Hospital Civil de Guadalajara se hospitalizaron 141 casos durante 2009. En bibliografías consultadas, en general el sexo predominante es el masculino, la edad promedio fue de 32 meses, las escaldaduras originan el 85%, el 16% por flama y el 2% por electricidad, el 85% ocurren en el hogar, el 4% en el automóvil y el 12% en otros sitios, la causa de muerte es el desequilibrio hidroelectrolítico en las primeras 24 horas, los que sobreviven generalmente fallecen por septicemia.¹¹⁻¹⁴

Los problemas a enfrentar son quemaduras graves durante su hospitalización inicial coinciden con la literatura revisada:

1. Compromiso de la vía aérea debido al edema.
2. Lesión de la vía aérea inferior por inhalación de humo.
3. Síndrome de distress respiratorio (SDRA).
4. Restricción de la movilidad de la pared torácica debido a constricción provocada por la escara rígida de las quemaduras y el edema subcutáneo.
5. Alteración de la perfusión de un miembro debido a la constricción y edema provocados por una escara
6. Manejo de líquidos y electrolitos.
7. Procedimientos quirúrgicos múltiples con problemas anestésicos en cuanto a control de líquidos, reposición de sangre y regulación de temperatura corporal.
8. Sepsis y uso de múltiples antibióticos en un huésped inmunocomprometido.
9. Crecimiento de gérmenes oportunistas como hongos y virus.
10. Problemas nutricionales debido al hipercatabolismo,
11. Control del dolor.
12. Problemas psicológicos que afectan al paciente y su entorno familiar.
13. Rehabilitación funcional y estética.

La intervención de enfermería está encaminada a: prevención, recuperación y reinserción de estos pacientes a la sociedad con un mínimo de secuelas. Muchos de los cuidados se realizan según protocolos estandarizados en la unidad de quemados, teniendo en cuenta evolución del paciente.

Ante una quemadura menor, leve o de segundo grado limitado a un área menor de cinco a siete centímetros de diámetro:

1. Enfriar el área quemada. Sumerjiéndola en agua fría o enfriarla con compresas frías (no utilizar hielo). Enfriar la quemadura disminuye la hinchazón al absorber calor de la piel.
2. No romper las ampollas
3. Desbridar los restos de piel muerta de estas mismas y limpiar con jabón y bastante agua suavemente.
4. Considere el empleo de una loción, pomada, spray o solución. Una vez que haya disminuido la sensación de calor de la quemadura, aplicar lociones que contienen humectantes.
5. En el caso de una quemadura solar, use una crema anestésica.
6. Cubrir la quemadura con un apósito ligero de gasa esterilizada con suficiente pomada o vaselina para que no se adhiera. (El algodón suele ser irritante). Envolver laxamente para no aplicar presión a la piel quemada. El apósito evita que el área quemada tenga contacto con el aire y reduce el dolor.
7. Las quemaduras leves usualmente se curan en 1 o 2 semanas sin tratamiento adicional, pero es necesario buscar signos que sugieran su posible infección (fiebre, dolor, supuración de la herida).
8. Administrar vacuna antitetánica.
9. Protección y aislamiento del paciente.
10. En pacientes encamados sábanas estériles.

Ante quemaduras mayores, graves, o de segundo grado profundas y tercer grado

1. Intentar hablar con el paciente para bajar su estado de ansiedad. Verificar su respiración y presencia de pulsos
2. No retirar la ropa quemada, puede estar pegada a la piel, cerciorarse de que la víctima ya no esté en contacto con los materiales lesionantes.
4. Cubrir el área quemada tan pronto como sea posible con gasa estéril o tela limpia, mojados con agua moderadamente fría. Use materiales delgados como gasa o sábanas.

Otros cuidados

- Valorar la frecuencia respiratoria, valorar depresión del sistema respiratorio.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Auscultación de los campos pulmonares.

- Administrar oxígeno humidificado a través de un nebulizador.
- Valorar signos clínicos que podrían indicar síndrome de inhalación, como: quemaduras faciales (lengua, cara, cavidad oral), vibras nasales quemadas, esputos negruzcos, ronquera, afonía, cambio de voz, tos seca, etc.
- Ante la sospecha de lesiones por inhalación, se considerará la realización de intubación endotraqueal y administración de oxigenoterapia.
- Realizar gasometría arterial para evaluar la oxigenación tisular.
- Fomentar la realización de respiraciones periódicas incentivadas.
- Colocar al paciente en posición de Fowler, con la cabecera de la cama elevada 30°, si no existe contraindicación.
- Colocar rápidamente vía venosa, del mayor calibre posible, preferentemente un Drum, que nos permitirá medir la presión venosa central (PVC).
- Administrar Ringer lactado en abundancia, adaptándose siempre a la diuresis o hacer balances de entradas y salidas de líquidos, prestando especial atención a las pérdidas de líquidos por evaporación.
- Control analítico del hematocrito, que en las primeras horas después del accidente estará elevado por hemoconcentración.
- Colocar sondaje vesical para realizar un buen control del balance hídrico. Es ésta una intervención de enfermería prioritaria si el accidentado presenta las quemaduras en genitales, pues el edema posterior impedirá su colocación
- Pesar al paciente, ya que existen fórmulas que indican la cantidad de líquido que debe perfundirse en días posteriores.
- Fomentar el reposo en cama y limitar la actividad.
- Administrar analgésicos potentes que no depriman el sistema respiratorio. Las primeras 24 horas se administran de modo intravenoso. Pasadas éstas, si el paciente está hemodinámicamente estable, pueden administrarse por cualquier tipo de vía.
- Valorar el nivel de ansiedad.
- Proporcionar seguridad en las acciones de enfermería.
- Permanecer junto al paciente.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación, como respiración lenta y profunda.
- Proporcionarle baños de agua fría que le calmarán.
- Administrar tratamiento farmacológico si fuera necesario.
- Una vez retiradas las ropas, envolver al paciente en una sábana limpia, o si es posible cubrirle con sábana isotérmica aluminizada, que mantiene hasta el 80% de la temperatura corporal.
- La sala de curas debe tener una temperatura ambiental no inferior a 24°, y el agua debe ir aumentando la temperatura paulatinamente.
- Elevar la temperatura ambiente a 31° por medio de lámparas de calor.
- Suprimir el dolor, ya que aumenta el gasto metabólico y energético.
- No empapar al paciente con suero ni aplicar hielo, ya que aumenta la profundidad de las lesiones y el riesgo de hipotermia.
- Medir frecuentemente la temperatura corporal.
- Reemplazar vestidos y ropas húmedas por otras secas.
- Administrar líquidos calientes.
- No frotar ni hacer presión en las áreas quemadas (sobre todo en caso de congelación).
- Administrar la dosis de toxoide y/o gammaglobulina según historial de inmunización antitetánica, independientemente de la gravedad de la quemadura.
- Realizar punciones venosas en áreas no quemadas, para evitar manipulaciones innecesarias de las áreas de lesión. Respetar todas y cada una de las medidas de asepsia recomendadas.
- Hacer lavados de las áreas quemadas mediante ducha de arrastre y nunca por baño de inmersión.
- Vigilar tejido de granulación de las áreas lesionadas en busca de signos de infección: edematoso, pálido, seco, etc. En caso de que los gérmenes sean pseudomonas, tendremos que buscar un aspecto verde, con material purulento en las áreas quemadas.
- Vigilar temperatura en busca de picos febriles.
- Realizar hemocultivos y analíticas de sangre en busca de signos de infección.
- Recorte de flictenas y retirada de esfacelos.
- Manipular lo menos posible la sonda vesical, siguiendo pautas de asepsia habitual, evitando el reflujo y las desconexiones.
- Lavado de manos sistemático antes y después de atender al paciente y colocación de guantes
- Uso de mascarilla por el personal de enfermería cuando la quemadura está en exposición.
- Todo el material empleado para el paciente (instrumental, tubuladuras del respirador, cuñas, etc.) debe ser esterilizado y/o desinfectado correctamente.
- Toma de muestras para seguimiento microbiológico del paciente dos veces por semana (frotis nasal, rectal, faríngeo, SQ, SNQ).
- Administración de antibióticos de manera profiláctica con el objeto de evitar la sobrecolonización de cepas resistentes del propio paciente (después de las primeras 24 horas). Se aplicará mediante tratamiento tópico y/o sistémico.
- Limpiar, desbridar y retirar de forma precoz las escaras y material necrótico de las áreas quemadas.

- Rasurado y lavado de áreas cercanas a las quemaduras con soluciones antisépticas no colorantes. Realizar desbridamiento de las áreas quemadas lo antes posible para acelerar el proceso de cicatrización y evitar la infección.
 - Aplicar en las áreas de lesión compresas empapadas con agente antimicrobiano y desbridante que arrastre el tejido necrosado
 - Cubrir las áreas con colgajos o con injertos libres de piel
 - Evitar complicaciones derivadas de los injertos, como pérdida o desprendimiento, aparición de bridas retráctiles, discromías, etc.
 - Administrar dieta mediante nutrición parenteral o enteral, rica en hidratos de carbono, lípidos y vitaminas, para una mejor regeneración cutánea.
 - Realizar las curas de modo aséptico para evitar la infección.
 - Lavar con jabón antiséptico (no colorante) y suero salino.
 - Aplicar sustancia tópica hidratante. Recomendados los productos que contengan urea y ácido láctico. No soplar y evitar corrientes de aire durante la realización de las curas.
 - No administrar antibióticos que podrían entorpecer el proceso de cicatrización.
 - Animar al paciente a hacer preguntas sobre su problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico.
 - Proporcionar intimidad y ambiente seguro.
 - Favorecer el movimiento de las áreas de lesión para evitar secuelas funcionales.
 - Promover el contacto con otras personas con un problema de salud similar.
 - Potenciar su autoestima.
 - Evitar manifestaciones negativas sobre sí mismo e intentos de autolesión y suicidio.
 - Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
 - Animarle a que se mire las áreas quemadas, pidiéndole que participe en los cuidados lo máximo posible.
 - Enseñarle modos de ocultar las cicatrices.
 - Proporcionar apoyo psicológico.
 - Retirar objetos de zonas próximas a las quemaduras que puedan comprometer la circulación periférica debido al edema, como por ejemplo anillos, pulseras, relojes, etc.
 - Rehidratar de forma precoz al paciente.
 - Elevar las áreas quemadas.
 - Si las quemaduras son circulares y profundas, la pérdida de elasticidad de la piel quemada y el aumento progresivo del edema pueden provocar problemas isquémicos y/o respiratorios. Observar posibles signos de deterioro circulatorio, como: palidez, cianosis, parestesias, dolor profundo, retraso del relleno capilar, etc.
 - Pesar al paciente a diario para comprobar que se están reabsorbiendo los edemas.
 - Conseguir diuresis de 80-100 ml/h
 - Observar el color de la orina continuamente. Si es de color rojo muy oscuro, nos indica la presencia de hemocromógenos en la circulación renal, debiendo mantener hiperdiuresis hasta conseguir que esta orina sea clara.
 - Administración de diuréticos osmóticos para forzar la diuresis.
 - Realizar pruebas de orina, sedimento y de función renal.
 - Vigilar diuresis insuficiente (inferior a 30 ml/h) e hipertensión.
 - Observar signos de distensión abdominal, malestar abdominal, disminución o ausencia de ruidos intestinales, los cuales nos pueden indicar complicaciones.
 - Mantener dieta absoluta.
 - Colocar sonda nasogástrica en aspiración (es prioritaria su colocación si hay quemaduras en boca).
 - Buena higiene y limpieza de las áreas quemadas.
 - Evitar el sol y el aire en áreas quemadas cicatrizadas por el riesgo de discromías. Se recomienda el uso de filtros solares con elevado índice de protección (superior a 25).
 - Aplicar de forma precoz el tratamiento quirúrgico.
 - Inmovilizar las áreas de injerto durante 3 ó 4 días para evitar su desprendimiento.
 - Rehabilitación y movimiento de las áreas quemadas (si no existe contraindicación), tan pronto como sea posible, evitando rigideces articulares por posturas antiálgicas.
 - Utilización de presoterapia (trajes compresivos) para evitar secuelas hipertróficas. Deben comenzar a utilizarse al finalizar el periodo de cicatrización.
 - El uso de férulas ortopédicas en zonas articulares, tanto estáticas como dinámicas, refuerza el efecto beneficioso de la presoterapia.
 - Posteriormente se realizará cirugía reparadora de las cicatrices, con injertos de piel, plastias, expansores tisulares (en alopecias), colgajos microquirúrgicos y reconstrucción.
 - Vigilar posibles secuelas psicológicas con recuerdos reiterados, sueños y pesadillas repetitivas, inquietud, irritabilidad, etc., que deben ser vigilados desde el momento en que se producen las quemaduras.
- Los progresos en el rescate y manejo de las quemaduras son estimulantes, el tratamiento más efectivo es y seguirá siendo la prevención. Con respecto a esta última, la educación es una de las responsabilidades ineludibles de cualquier miembro del equipo de salud que maneje este tipo de lesiones. Intervenciones educativas en pediatría serían la piedra angular del futuro teniendo

en cuenta que las quemaduras en estas edades tempranas constituyen una catástrofe que afecta no sólo al niño sino a todo el grupo familiar por lo que la actuación de enfermería es de vital importancia para la prevención, recuperación y reinserción de estos pacientes a la sociedad con un mínimo de secuelas.

Por lo que podemos concluir que en la entidad Pediátrica Juan Manuel Márquez se atienden aproximadamente de 100 a 200 niños mensuales, con un incremento en número en los meses de Julio y Agosto, de ellos predominan los menores de 6 años, con un mayor predominio del sexo masculino, las quemaduras generalmente ocurren en la casa y con mayor frecuencia en los horarios de preparación de alimentos y la intervención de enfermería está encaminada a: prevenir, recuperar y reinsertar a estos pacientes a la sociedad con un mínimo de secuelas.

Referencias bibliográficas

- Juall Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. 2002.
- Rodríguez Gómez O, Castillo Illas M, y. Castellanos Castillo Y. Calidad en la atención al quemado. Rev Cubana Enfermer 2004; 20(1):
- Curar quemaduras leves de los niños Escrito el 28.05.2007 por web del bebé en Salud. Comentarios (2)
- Proceso de enfermería, aplicado a la niña JSDH con diagnóstico: quemadura de I y II grado en miembro inferior derecho. Sala cirugía pediátrica. Hospital asunción, juigalpachontales - abril - junio del 2007
- Santos FX, et al. ¿Quemaduras? 100 preguntas más frecuentes. Madrid: EDIMSA, 2000.
- Termkiat Kanchanapoom, Nancy Khardori. Management of Infections in Patients with Severe Burns: Impact of Multiresistant Pathogens. Journal of Burns 2003; 2
- Schnaiderman Diego, Zori Eduardo. Quemaduras en la infancia: Epidemiología y prevención en Bariloche. Arch Argent Pediatr 2002;100(4):289-293
- Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. Actualización Septiembre 2003. Disponible en: http://www.geocites.com/guia_quemaduras
- Miguel Alfaro Dávila. Quemaduras. 2003. Disponible en: <http://ns.binasss.sa.cr/quemaduras.htm>
- Quemaduras. Folletos de instrucciones. 2007. Disponible en: http://www.kidshealth.org/parent/en_espanol/seguridad/burns_esp.html
- Wallis BA, Turner J, Pearn J, Kimble RM. Scalds as a result of vapour inhalation therapy in children. Burns. Oct. 2007.
- Cuidando la Salud de su Hijo. Texas Children's Center for Childhood Injury Prevention. 2004. Disponible en: <http://www.class.uh.edu/comm/chcc/Spanish/Preveni%F3n%20de%20escaldaduras%20y%20quemaduras.pdf>
- Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A, Watson M, Woods A. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24;(1):CD005014.
- Sakallioğlu AE, Basaran O, Tarim A, Türk E, Kut A, Haberal M. Burns in Turkish children and adolescents: nine years of experience. Burns. 2007 Feb;33(1):46-51.
- Tarim A, Nursal TZ, Basaran O, Yildirim S, Türk E, Moray G, Haberal M. Scalding in Turkish children: comparison of burns caused by hot water and hot milk. Burns. 2006 Jun;32(4):473-6.
- Bernard SJ, Paulozzi LJ, Wallace DL; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fatal injuries among children by race and ethnicity-United States, 1999-2002. MMWR Surveill Summ. 2007 May 18; 56(5):1-16.
- O'Mara MS, Chapyak D, Greenhalgh DG, Palmieri TL. End of life in the pediatric burn patient. J Burn Care Res. 2006 Nov-Dec;27(6):803-8.
- Devgan L, Bhat S, Aylward S, Spence RJ. Modalities for the assessment of burn wound depth. J Burns Wounds. 2006 Feb 15;5:e2

Agradeceremos los comentarios y sugerencias que contribuyan a mejorar este foro. A su disposición el correo electrónico: luzma@enfermeria.com.mx; con copia a: lmedina@enfermeria.com.mx