

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ENFERMERIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

QUEMADURAS EN PEDIATRIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

ZOILA ROSA MATHEWS SILVA

GUADALAJARA, JAL.,

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I	OBJETIVOS	1
II	INTRODUCCION:	
	A.- Definición	2
	B.- Etiología	3
	C.- Incidencia	4
III	CLASIFICACION DE QUEMADURAS:	
	A.- Según su profundidad	5
	B.- Según su extensión.	8
IV	TRATAMIENTO:	
	A.- Técnicas	9
	B.- Trat.Hidroelectrolítico	12
	C.- Aspectos Nutricionales	14
	D.- Rehabilitación	17
	E.- Terapia Recreativa Intra hospitalaria.	19
V	PAPEL DE LA ENFERMERA:	
	A.- Cuidados	21
VI	ORIENTACION Y APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE Y FAMILIARES	27
VII	CONCLUSIONES	30
VIII	BIBLIOGRAFIA	31

I. - OBJETIVOS

OBJETIVOS DE LA TESIS

Que el personal de Enfermería:

- 1.- Obtenga la información básica, respecto a los problemas que aquejan al paciente pediátrico con quemaduras.
- 2.- Adquiera las habilidades psicomotoras del manejo mínimo pero esencial, necesario, conveniente y adecuado -- del paciente.
- 3.- Proporcione apoyo efectivo necesario tanto al paciente como a sus familiares, para que coadyuven a su recuperación.
- 4.- Concientizar a los familiares de los cuidados que el paciente deberá recibir después de abandonar su hospitalización y continuar con su período de recuperación domiciliaria.
- 5.- Esté capacitada para el diagnóstico oportuno de las múltiples complicaciones secundarias a las quemaduras, ofreciendo el manejo inicial y saber canalizar al paciente al servicio que lo requiera cuando el caso lo amerite.

II.- INTRODUCCION

CONCEPTO DE QUEMADURA

A.- DEFINICION

Aunque son múltiples las formas de definir el concepto de quemadura, haciendo un resumen podemos decir: - Que es el resultado de la exposición de la piel y otros tejidos a energía térmica que ocasiona una lesión sistémica.

Presentando inicialmente daño tisular cuando la temperatura alcanza los 44°C; el índice lesional aumenta la forma logarítmica a medida que la temperatura histológica hace.

La energía térmica tiene diferentes manifestaciones como lo son el frío y el calor.

Es de vital importancia recordar que las quemaduras en el niño revisten de mayor importancia que en el adulto.

B.- ETIOLOGIA

CAUSAS MAS COMUNES

En su mayorfa los niños se encuentran expuestos a quemaduras ocurridas en casa, durante el día.

Teniendo como los vectores más comunes de energía térmica a:

- Líquidos y sólidos calientes: Agua hirviendo, café caliente, aceites.

- Materiales combustibles: Ropa inflamable, líquidos inflamables, volátiles, viviendas. Estos son encendidos por fósforos, calentadores de gas y estufas.

- Corriente eléctrica alterna casera poco frecuente pero muy devastadora.

- Sustancias Químicas: Como ácidos y sosas, son raras y exceptuando las de tubo digestivo, por lo común son benignas.

C.- I N C I D E N C I A

Se estima que aproximadamente dos millones de personas reciben atención médica a causa de quemaduras; que -- 100,000 están hospitalizados 7,800 mueren cada año en Estados Unidos; en México representa la tercera causa de -- muerte accidental, después de los ahogamientos y accidentes automovilísticos; y en los últimos 5 años en el D I F se reporta una frecuencia de 1 quemado por 1000 y de éstos el 60% está representado por niños y ancianos.

III.- CLASIFICACION DE QUEMADURAS

Las quemaduras las podemos clasificar de dos formas:

A.- Por grados de profundidad.- Siendo esta la clasificación americana que es la más difundida y aceptada.

B.- Por el porcentaje de extensión.

A.- SEGUN SU PROFUNDIDAD: La mayoría de las clasificaciones se basan en la profundidad, a fin de saber si hay pérdida superficial, parcial o total de los elementos epiteliales.

1er. Grado.- Cuando existe exclusivamente destrucción de la epidermis; las manifestaciones son enrojecimiento de la misma, existe ardor, edema mínimo, eritema, curan en una semana y no necesitan de injertos.

2o. Grado.- Se encuentran afectadas la epidermis y la dermis; las manifestaciones clínicas son dolor intenso, presencia de vesículas flictenas, edema, hay pérdida de plasma.

Son superficiales cuando afectan la parte superficial de la dermis, son de color rojo, no requieren de injertos y epitelizan espontáneamente.

Las profundas afectan en su totalidad a la dermis presentándose de color rosa; la aplicación de injertos va rfa según la evolución y criterio del cirujano.

3er. Grado.- Se considera la más devastadora, por que presenta destrucción en su totalidad de la piel como en estructuras profundas, abarcando tejido sub-cutáneo, - músculos y hueso.

Las manifestaciones clínicas son piel rfa, seca, - de fondo blanquecino perlado, dura y anestésica, no se observa llenado capilar, se observan vasos trombosados visibles.

La epitelización no se realiza espontáneamente, requiere de la aplicación de injertos.

CUADRO 1

G R A D O	PROFUNDIDAD	ASPECTO	SENSACION
P r i m e r	Afecta epidermis grosor parcial.	Piel roja palidece a la presión.	Presencia de dolor.
S e g u n d o	A.- Superficial Epidermis y mucha dermis	Ampula, húmeda, color rosa o roja.	D o l o r
	B.- Profunda profunda en -- dermis.	Piel roja moteada ampolla.	D o l o r
T e r c e r	Subdérmica abarca toda la piel y - estructuras grosor total.	Endurecida correosa, seca, color perla blanquecina.	Anestésico dolor al - tacto índice que el tejido está muerto.

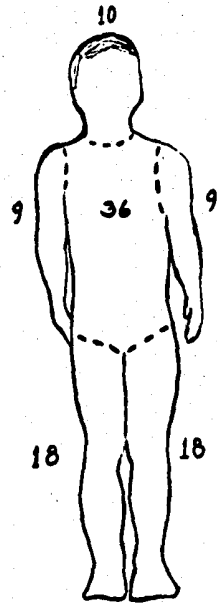
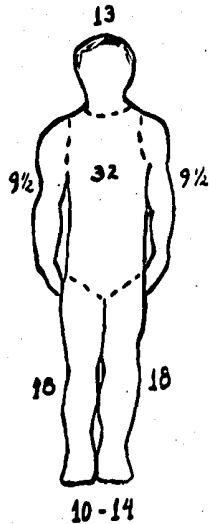
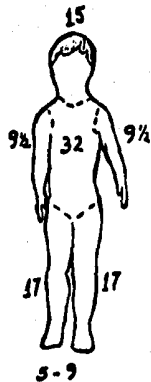
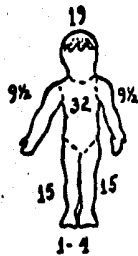
B.- SEGUN SU EXTENSION.- Dentro de esta clasificación se subdividen en dos:

a) QUEMADURAS MENORES: Afectan menos del 10 al 15% de la superficie corporal, se las considera de primer grado; en esta clasificación no se consideran quemaduras de manos, pies, perineo y cara.

b) QUEMADURAS EXTENSAS: Se incluyen las quemaduras que afectan más del 10 al 15% de la superficie corporal, se consideran las quemaduras del segundo y tercer grado. Este tipo de quemaduras originan gran pérdida de líquidos, lo que nos puede originar un shock.

Si la extensión es mayor al 50%, se consideran letales, especialmente en niños y ancianos.

Para calcular la extensión de las quemaduras debemos tomar en cuenta la regla de los nueve, considerando que esta regla la debemos de utilizar en pacientes mayores de 15 años. Para niños menores es conveniente utilizar la "regla de los cinco" propuesta por Lund y Brower. Esta regla es la más utilizada y se adapta a las proporciones automáticas del niño.



ADULTO

—REGLA DE LOS NUEVE—

CUADRO Nº 2

TABLA DE AVALUACION DE LAS QUEMADURAS.
(PROPORCIONES CORPORALES MODIFICADAS DE LUND Y BROWER).

IV.- TRATAMIENTO

A.- TECNICAS DE ATENCION

El tratamiento local de la herida varfa y tiene en sf enorme importancia. La causa mayor de muerte en pa- - cientes con quemaduras extensas, que han sobrevivido los primeros dñas es la infecci3n en el sitio de la quemadu- - ra. Con el tiempo se han creado métodos o técnicas para combatir este problema, indicándose a continuación las -- ventajas y desventajas de cada una:

1.- TECNICA ABIERTA O DESCUBIERTA

Es el método más usado en cara, cuello, perineo y zonas extensas del tronco. Consiste en exponer la quemadura al aire, no se colocan apósitos.

Permite que el exudado se seque y forme costra la misma que protegerá a la lesión tanto de infecciones como de pérdida de líquidos.

En una quemadura de segundo grado la regeneración- de la piel debajo de la costra ocurre en un tiempo de dos a tres semanas, lapso en que se desprende la escara. En - una quemadura de tercer grado no hay epitalización por de bajo de la escara.

El éxito de este método consiste en mantener el ma

dio ambiente libre de microorganismos; se tratará de que todo lo que esté en contacto con el paciente sea estéril.

V E N T A J A S :

Las ventajas de este método son:

- a) El paciente no sufre de dolor al cambio de apósitos.
- b) El equipo y material que se usa es menor.
- c) Puede estimarse en forma oportuna la aparición de infecciones.

D E S V E N T A J A S :

- a) No es útil en quemaduras de manos y pies.
- b) No es aconsejable usarla cuando se va a trasladar de una zona a otra.

2.- METODO OCLUSIVO O CERRADO

Este método es aplicable para quemaduras que circunscriben a las extremidades. Se aplican capas de gasas vaselinadas en la quemadura limpia, se aplica un apósito estéril.

Se toman precauciones para evitar que dos superfi

cies se toquen, dedos de los pies, oreja y cuero cabelludo.

El tratamiento con esta técnica suele tener éxito para impedir la infección secundaria.

B.- TRATAMIENTO HIDROELECTROLITICO

La parte principal de este tratamiento es la corrección del estado de shock hipovolémico, y está basado en cálculos obtenidos por el estudio de grandes series de pacientes quemados, elaborado por diversos autores en todo el mundo y varias veces corregidos por nuevas experiencias.

La más usada es la que lleva el nombre del método "Brooke Army Medical Center".

LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO HIDROELECTROLITICO SON:

- a) Corrección del shock hipovolémico.
- b) Mantener volúmenes sanguíneos.
- c) Prevenir acidosis metabólica y trastornos electrolíticos.
- d) Prevenir o disminuir edema tisular.

Para calcular las cantidades de líquidos que requiere el paciente, se precisa de dos parámetros de fácil obtención.

- a) Peso corporal.
- b) Superficie quemada, apreciada como por ciento de la superficie total del cuerpo.

Conocidos estos dos parámetros se calcula a partir de ellos:

- a) Cantidad de sangre.
- b) Cantidad de soluciones salinas.
- c) Cantidad de soluciones energéticas (glucosa) al 5%.

Que se precisan para tratar la hipovolemia del paciente durante las primeras 48 horas.

Primeras 24 horas.

Sangre Total:

0.5 ml. por peso por porcentaje del área afectada.

Soluciones Salinas:

1.5 ml. por peso por porcentaje área afectada.

Solución Glucosada al 5%:

1500 a 1800 ml. por superficie corporal.

Segundas 24 horas.

Soluciones Salinas: 50% de las primeras 24 horas.

Sangre Total: 50% de las primeras 24 horas.

Solución Glucosada al 5%: Igual a las primeras 24 horas!

C.- ASPECTOS NUTRICIONALES

El tratamiento parenteral es necesario para reponer líquidos y electrolitos; la enfermera deberá permanecer alerta por si hubiera signos de sobrecarga, sobre todo cambios en el comportamiento y alteraciones en la conciencia.

Los líquidos por la boca son necesarios durante la fase de convalecencia para ayudar al cuerpo a eliminar -- sustancias tóxicas, prevenir daño renal y mantener las necesidades de líquidos en el cuerpo.

La Enfermera deberá usar su ingenio para persuadir al niño a tomar suficiente cantidad de líquidos; se realizará control estricto de líquidos que entren y salgan.

Cuando el paciente tolere los líquidos claros, se deberá iniciar una dieta rica en proteínas, calorías y -- hierro para disminuir la hipoproteïnemia y la anemia; por lo que se agregan raciones de leche, carne y huevos.

Para estimular el apetito, la Enfermera deberá conocer las preferencias alimenticias del paciente y los hábitos a la hora de las comidas.

La hora en que se sirvan los alimentos deberá ele-

girse cuidadosamente para evitar que coincida con momentos en que el paciente esté física o emocionalmente agotado.

FACTORES QUE HACEN NECESARIA UNA MAYOR INGESTION:

- 1.- Tejidos destruidos por las quemaduras con grandes períodos de protefmas y electrolitos.
- 2.- Catabolismo de los tejidos con continuas pérdidas de nitrógeno.
- 3.- Las mayores exigencias metabólicas por la infección y la fiebre hacen necesaria una cantidad extra de calorías; se necesitan más carbohidratos y vitamina B, aumento de las necesidades básicas al movilizarse los recursos del cuerpo; la regeneración del tejido requiere una cantidad extra de protefna y vitamina C.
- 4.- Se necesita que el tejido esté en condiciones adecuadas para que los subsiguientes injertos puedan tener éxito.

Principios de la Terapia Dietética.

Protefnas: Las necesidades individuales varían: 150 - 400 grs.

Calorias: Deberá ingerir de 3000 a 5000 al día, que --
contengan un alto porcentaje de carbohidra- -
tos.

Vitaminas: Se necesitan 1 - 2 grs. de vitamina C pa-
ra regeneración de los tejidos.

D.- REHABILITACION

En las quemaduras los efectos físicos y psicológicos son potencialmente invalidantes, por lo mismo debe instituirse un enérgico programa de rehabilitación.

Se requiere reconstrucción física de los recursos de su cuerpo. Pueden quedar cicatrices retráctiles, deformes, antiestéticas e incapacitantes requieren de cirugía reconstructiva.

La fase de rehabilitación se inicia con el injerto permanente y continúa hasta que todos los daños hayan sido curados y terminen todos los procedimientos y medidas reconstructivas y correctivas, esto puede durar de meses a años.

Los cuidados de rehabilitación empiezan cuando se ha logrado el cierre permanente de la herida. El enfoque principal de esta fase es obtener el uso funcional de las áreas quemadas y un resultado estético lo más normal posible.

La meta de la rehabilitación es facilitar la cicatrización de la herida protegiendo al injerto de posibles traumas e infecciones, así como prevenir una alimentación rica en proteínas y administración de vitaminas y medica-

mentos.

Otra meta es proteger el área del injerto mediante una posición adecuada; aunque sujetar al niño es una medida drástica, se hará si es necesario.

Aplicar tratamiento tópico y vendaje según lo indicado.

En esta fase debemos tener los siguientes cuidados con nuestro paciente:

- 1.- Promover funcionalidad física óptima mediante ejercicios activos y pasivos.
- 2.- Motivar a que el niño se movilice e iniciar deambulación tan pronto sea posible.
- 3.- Utilizar férulas en las articulaciones durante el período de descanso.
- 4.- Promover actividades de autosuficiencia.
- 5.- Minimizar la formación de cicatrices.
- 6.- Observar que se utilice una posición corporal adecuada.

E.- TERAPIA RECREATIVA INTRAHOSPITALARIA

Al referirnos a la Terapia Recreativa Intrahospitalaria, nos referiremos al juego como terapia y como parte esencial de la vida del niño tanto en su crecimiento como en su desarrollo.

El juego en la vida del niño es importante porque permite la maduración social, física, mental y emocional del niño sano y en nuestro papel como Enfermeras no debemos permitir que esto se interrumpa, debemos estimular -- que este desarrollo continde dentro del hospital durante el tiempo que dure su permanencia.

A menos que el niño se halle imposibilitado de brazos y manos puede encontrar desahogo a través de actividades recreativas.

La selección de los juguetes debe basarse en los intereses especiales del niño, su edad, el nivel permitido de actividad, y el nivel de actividad que exige el material del juego. Deben escogerse los que estimulen la imaginación y permitan participar al niño en la actividad y no un juguete que juegue por él.

He aquí algunos criterios generales para la selección:

- 1.- No deben tener filos cortantes.
- 2.- No deben ser desarmables que puedan ser tragados.
- 3.- Tampoco juguetes que puedan quemarse, explotar o hacer chispas.
- 4.- Deben ser fáciles de limpiar, fáciles de guardar.
- 5.- Juguetes que tengan interés para el niño.
- 6.- Durabilidad.

Para el niño postrado en cama pueden incluirse libros ilustrados, de dibujo, arcilla, tejidos, figuras, ensamblados y títeres.

La Enfermera será la iniciadora de la terapéutica-recreativa y observar al niño durante el juego puede servir de medio de comunicación entre la Enfermera y el niño.

V. - PAPEL DE LA ENFERMERA

A.- CUIDADOS

Posiblemente la mayoría de los médicos concuerden en que el tratamiento del paciente pediátrico quemado por parte de la Enfermera, es una de las situaciones más difíciles y desafiantes.

La atención de Enfermería se debe dirigir primero a los problemas que pongan en peligro la vida del paciente y después a los problemas reales o en potencia que puedan causar trastornos en la evolución del paciente.

MEDIDAS INICIALES

Estas medidas iniciales o cuidados son los que se pueden brindar al niño en el mismo lugar del accidente. - Nuestro deber como personal de la salud es enseñar a los padres de familia y personas en general, cómo actuar en casos como éste.

- 1.- Si la ropa se está quemando, apagarla con una manta limpia, agua, u otro producto no inflamable.
- 2.- Se recomienda en quemaduras por fuego o agua caliente, sumergir el área afectada en agua fría.

Se ha demostrado que aplicado en los primeros minu-

tos, disminuye el edema, previene la muerte celular -- por isquemia y la cicatrización es más rápida.

- 3.- Se procederá a desvestir al paciente, retirando si es posible la ropa que haya sido afectada, siempre y cuando no se lastime más la zona quemada.
- 4.- Cubrir al paciente con una sábana limpia y con una -- manta para evitar la hipotermia.

MEDIDAS DEFINITIVAS

- 1.- Se deberá retirar toda la ropa, anillos, brazaletes, etc., que pueden producir isquemia; este procedimiento se realizará con técnica estéril.
- 2.- Si es posible se procederá a pesar al niño.
- 3.- Tomar signos vitales tan frecuentemente como sea necesario observando indicios de choque como hipotermia, hipotensión arterial, respiraciones superficiales, piel fría y húmeda y circulación periférica.
- 4.- En caso de choque elevarse las extremidades inferiores en ángulo de 45° y alinear el cuerpo de modo que el tórax esté más bajo que la pelvis.
- 5.- Deberá la Enfermera buscar signos de insuficiencia --

respiratoria que incluyen intranquilidad, respiraciones rápidas, cianosis, tos o quejidos inspiratorios.

- 6.- Se prepara material y equipo para la instalación de cateter venoso para la administración de líquidos y para la medición de presión venosa central.
- 7.- Tomaremos muestras para estudios de laboratorio como: hemoglobina, hematocrito, electrolitos séricos, urea, creatinina, proteínas totales, glucosa y pruebas cruzadas.
- 8.- Durante la restitución de líquidos, en la administración de sangre total, plasma, albumina, observaremos si el niño presenta algún tipo de reacción.
- 9.- Se deberá vaciar el estómago del niño con una sonda nasogástrica para prevenir la dilatación gástrica o vómitos. Antes de retirarse se debe instilar una pequeña cantidad de antiácidos para evitar el desarrollo de úlceras por stress.
- 10.- Se debe observar si presenta trastornos abdominales o sangrado del aparato gastrointestinal, que indicaría presencia de úlcera por stress.
- 11.- También la presencia de náuseas, distensión abdominal pueden indicar úlceras por stress.

- 12.- Instalar una sonda en la uretra, para el registro --
urinario total de 24 horas.
- 13.- Con los niños pequeños es necesario la restricción -
para mantener los dedos lejos de las heridas.
- 14.- Cuando se realice la curación de la herida se usarán
guantes, gorro, bata y cubreboca estériles.
- 15.- Se buscan signos de infección en las áreas adyacen--
tes a las quemaduras; éstos son, aumento de la tempe-
ratura, pulso, secreción purulenta, mal olor en el -
apósito.
- 16.- Debemos observar las evacuaciones sanguinolentas, --
orina oscura y sangre en la sonda nasogástrica.

MEDIDAS DE COMODIDAD

- 1.- El cuarto deberá estar siempre bien ventilado para --
evitar los malos olores. Cuando sea necesario se usa
rán desodorantes. La unidad debe estar pulcra y bien
ventilada.
- 2.- La habitación deberá estar caliente para conservar la
temperatura corporal, pero no aplicar calor externo -
pues puede producir dilatación de los vasos periféri-
cos; si es posible mantener el nivel de humedad.

- 3.- Una medida importante es el uso de los barandales, -- evitar que el peso de las sábanas y cobertores toque las áreas afectadas.
- 4.- Las sábanas de la cuna deben estar lisas y sin restos de comida.
- 5.- Si el paciente se queja de prurito, examinar el área para descubrir eritema medicamentoso.
- 6.- La postura corporal es importante para prevenir deformidades por contracturas, si se encuentra quemada la parte anterior del cuello; una almohada debajo de los hombros evitará contracturas.

Cuando el niño se encuentre de espaldas se podrá utilizar un estribo para evitar el pie péndulo.

Cuando se encuentre sobre su abdomen, se colocará una almohada debajo de cada pierna para evitar la presión en los dedos del pie.
- 7.- Se deberá cambiar de posición al niño cada 2 ó 4 horas para evitar presión constante en las áreas de piel que están en contacto con la cuna.
- 8.- Daremos masajes suavemente alrededor de las áreas quemadas para activar la circulación; así mismo dar al -

niño ejercicios pasivos para evitar contracturas y -- miembros rfgidos.

- 9.- Se deberá usar técnica estéril con bata, guantes y -- cubreboca.
- 10.- Limpiar muy bien la piel y rasurar el pelo de la zona quemada.
- 11.- Se da atención especial a la piel que circunda la herida, debe mantenerse siempre limpia y seca.
- 12.- Mantener la piel sin exudado mediante una constante - limpieza; para protegerla aplicar vaselina.
- 13.- Vigilar color, llenado capilar y sensibilidad de las extremidades.
- 14.- Dar cuidado especial a las nalgas y al perineo sobre- todo si el apósito colinda con estas áreas.

VI.- ORIENTACION Y APOYO EMOCIONAL
AL PACIENTE Y FAMILIARES

En las quemaduras los efectos físicos y psicológicos son potencialmente invalidantes. Los períodos dilatados de inmovilidad, alejamiento de padres, -acontecimientos dolorosos-, implican actitudes mentales que deben comprenderse por la Enfermera.

El mismo accidente es una experiencia terrible para el niño.

Las deformidades residuales o la pérdida de las -- funciones pueden trastornar su autoestima.

Si acaso el accidente ocurrió por hacer cosas que sus padres le prohibieron, el pequeño puede tomar el dolor como castigo.

Si la quemadura sobrevino porque no tuvo la protección de sus padres, puede culpar a sus progenitores. Tales sentimientos se expresan a veces directamente, pero - con mucha más frecuencia se transfieren al personal que cuida al niño quemado. La Enfermera deberá estimular al niño a expresar sus sentimientos, su agresividad, ya sea hablando o jugando.

Cuando un niño reacciona con gritos al dolor, es - una forma que tiene de proteger su salud mental; la Enfer

mera sabrá soportar aún cuando se enfurezca contra ella, se mantendrá la calma y se le explicará que se entiende lo que siente.

Observando la relación que exista entre sus padres y el niño, se sabrán los sentimientos que los primeros albergan. En ocasiones los padres tienen sentimientos de culpa y esto puede inferir con su capacidad de enfrentamiento con la enfermedad del niño. Sobre todo si el accidente sobrevino por falta de protección o porque no advirtieron el peligro al niño.

Si los sentimientos de culpa son muy intensos o si la actitud de los padres está influyendo en forma dañina en ellos mismos, será necesaria la ayuda de un profesional de la salud mental.

Como Enfermeras responsables, debemos evitar mostrar reacciones ante las heridas, ya que el niño percibe con facilidad las expresiones de alarma o disgusto.

Se deberá preparar al paciente durante la fase alta, ayudarlo a que se adapte a la idea, se instruirá al niño y a sus padres acerca de los procedimientos de cuidado en su propia casa; ayudarle a desarrollar su independencia y capacidad de autoinsuficiencia.

Se explorarán los sentimientos que tenga de regresar a su hogar, a la escuela y a sus amigos.

En cuanto a los padres, explorar la actitud que -- ellos tengan del regreso al hogar, saber el concepto que tienen de la capacidad del niño y las posibles libertades y restricciones que le permitan.

Ayudaremos a los padres a tener metas realistas, - tanto para ellos, para el niño y otros miembros de la familia.

CONCLUSIONES

Una de las situaciones más difíciles y desafiantes en la profesión de Enfermería es el manejo de pacientes - pediátricos quemados.

La Enfermera debe encaminar los cuidados en primer lugar a los problemas que pongan en peligro la vida del - niño y después a los que puedan causar trastornos en la - recuperación de la salud.

Por lo anterior me interesó desarrollar este tema, para que el personal de Enfermería que maneja este tipo - de pacientes tengan un conocimiento integral en cuanto -- al tratamiento, cuidados físicos y emocionales del niño y su familia.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Enfermería Pediátrica
E. D. Thompson
Cuarta Edición.
- 2.- Enfermería Pediátrica
Gloria Leifer
Tercera Edición.
- 3.- Enfermería Pediátrica de Jeans
Florencia G. Blake, Dr. F. Homell Wright,
Dra. Eugenia H. Waechter
Octava Edición.
- 4.- Cuidados Intensivos en Pediatría
Dr. Mario Arellano
Segunda Edición.
- 5.- Enfermería Médicoquirúrgica
Brunner Suddarth
Tercera Edición.
- 6.- Urgencia en Pediatría
"Asociación de Médicos del Hospital Infantil de
México Federico Gómez"
Tercera Edición.

- 7.- El Paciente Pediátrico Grave
Dr. Carlos Romano Seimindi
Primera Edición.
- 8.- Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría
Dr. Max. Salas, Dr. Arturo Loredó, Dr. J.A. Ramírez Mayanis, Dr.P.A. Alvarez Navarro, Dr. J. Legorreta Gutiérrez.
- 9.- Manual de Pediatría
Henry Silver, C. Henry Kempe, Henry B. Bruyn
Décima Edición.
- 10.- Urgencias Médicas en Pediatría
Picazo Michel Eduardo.
- 11.- Requerimientos Nutricionales para Enfermos de --
Quemaduras
Reyna Josefina L. Lizardi
Enfermera General de la Clínica No.2 del I.M.S.S.
- 12.- Tratado de Pediatría
Victor C. Vaughan, R. James McKay, Waldo E. Nelson
Séptima Edición.
- 13.- Enfermería Pediátrica
Dorothy R. Marlon
Cuarta Edición.

14.- La Enfermería en el Cuidado de Urgencias del Pa
ciente Quemado.

Enfermera al Dfa

Vol. No. 5. 1982 Revista

Gualajara, Jal. Abril 26 de 1985.

DIRECCION ESCUELA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
PRESENTE.

Después de haber revisado el ante-proyecto de tesis que presenta la Srta. Zoila Rosa Mathews Silva con el tema "QUEMADURAS EN PEDIATRIA", para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Guadalajara, damos nuestra aprobación por medio de la presente, a la terminación del trabajo de Tesis.

Sin otro particular, quedan de Uds.

ATENTAMENTE

Barbara Matias Puccto

BARBARA MATIAS PUCCTO
LIC. EN ENF. Y OBST.

Esperanza Longoria Mtez.
ESPERANZA LONGORIA MTEZ.
ENF. PARTERA PED. ADMI-
NISTRADORA.

Javier Gomez Mtez.
DR. FCO. JAVIER GOMEZ MTEZ.
MEDICO CIRUJANO.