



# **Plan de actuación de enfermería ante pacientes quemados**

Paula Suárez Álvarez

**Palmito Books**

Título: Plan de actuación de enfermería ante pacientes quemados

© Paula Suárez Álvarez, 2023

Reservados todos los derechos

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books®

Publicado en formato CD-ROM

1ª edición: octubre 2023

ISBN: 978-84-10035-87-4

Depósito Legal: D.L. MU 1163-2023

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	2
2. OBJETIVOS.....	4
3. METODOLOGÍA.....	5
3.1 Categorización por criterio.....	9
4. DESARROLLO O RESULTADOS .....	13
4.1. Caracterización de las quemaduras .....	13
4.2. Complicaciones derivadas de la atención primaria y/o diagnóstico inadecuado. Síndrome del gran quemado .....	17
4.3. Pautas generales y cuidados específicos por etapa de atención en la actuación de enfermería ante pacientes quemados.....	20
4.3.1. Etapa inicial (valoración) .....	24
4.3.2. Diagnóstico.....	25
4.3.3. Planificación .....	26
4.3.4. Implementación.....	30
4.3.5. Evaluación .....	30
5. CONCLUSIONES .....	33
6. DISCUSIÓN .....	34
7. BIBLIOGRAFIA.....	35

## 1. INTRODUCCIÓN

Las investigaciones sobre la problemática de la atención de enfermería (prehospitalaria, hospitalaria y post hospitalaria) a pacientes con quemaduras se ha planteado en torno a 4 aspectos considerados fundamentales:

1. Describir y clasificar las lesiones, con el fin de precisar las diferencias entre las que serían locales y las sistémicas.
2. Desarrollar guías o protocolos de atención general.
3. Enfocar la actuación hacia tipos de pacientes particulares, tales como niños o adultos.
4. Describir las complicaciones que pueden presentarse, tales como el síndrome del gran quemado, entre otros.

Ante la magnitud o cantidad de casos que se reciben cotidianamente en los centros de salud, al ser las quemaduras un tipo de patología frecuente causada generalmente por accidentes tanto en hogares como en lugares de trabajo<sup>1</sup>, este estudio se orienta primariamente a la realización de una revisión bibliográfica que permita describir el estado en materia de actuación de enfermería a pacientes quemados, que sirva de base para desarrollar posteriormente un plan de actuación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indico en el año 2018 que las lesiones no fatales por quemaduras suelen ser una de las principales causas de morbilidad, aunque también sugieren que muchos accidentes no son declarados y por ende no hay forma de llevar a cabo estadísticas precisas, a la vez que reportan que las quemaduras son la razón de alrededor de 180 ml muertes anuales<sup>2</sup>. Algunas de las consecuencias más difíciles de sobrellevar en las quemaduras son: la hospitalización prolongada, la desfiguración y la posible discapacidad del paciente a largo plazo, lo que suele general estigmatización y rechazo de la sociedad<sup>1,2</sup>. Por ellos, no es un problema sencillo ni puede ser minimizado por el hecho de que haya más casos de quemaduras no fatales que las que causan la muerte.

La demografía asociada a las quemaduras indica que estas ocurren más en mujeres que en hombres; más en niños que en adultos; más en países de bajos y medianos ingresos, donde además muchas personas quedan discapacitas. Geográficamente, la zona de mayor morbilidad es la del Pacífico Oeste. Representan adicionalmente un problema presupuestario, dado que hay que asignar una cantidad significativa de los recursos para poder atender adecuadamente a los pacientes de los centros hospitalarios, así como prestar apoyo asistencial una vez que se curen<sup>1,2</sup>.

En cuanto a los factores de riesgo, destacan; la ocupación u oficio, la pobreza con hacinamiento, otros problemas de salud que subyacen a los accidentes (epilepsia, neuropatías y discapacidades motoras), el consumo de alcohol y estupefacientes en cantidades y frecuencias tales que causen trastorno de conciencia, el acceso a productos químicos como los ácidos, a combustibles como el Keroseno y el gas licuado; así como la manipulación de las instalaciones eléctricas de forma inadecuada o intuitiva<sup>1,2</sup>.

Teniendo ya la suficiente claridad en torno a la epidemiología y la estadística oficial a nivel mundial sobre las quemaduras, el primer problema que se presenta en relación a la atención de enfermería tiene que ver con la identificación primaria de las lesiones y la clasificación por criterio de gravedad; siendo su diagnóstico diferencial, como es de suponer, de gran importancia para decidir posteriormente sobre la atención que debe dársele al paciente<sup>3</sup>. A partir del diagnóstico, se derivan los protocolos o guías de atención al paciente quemado, donde también hay que reconocer que existen diferencias entre ellos, según sean las guías de atención general,

de un área o de un centro en particular. Otra de las variables a considerar tiene que ver con la edad del paciente quemado, pues en el caso de los niños el protocolo tiende a ser de mayor cuidado en su aplicación por parte del personal de enfermería.

Cabe destacar que existe abundante información relacionada con las complicaciones derivadas de la atención primaria extrahospitalaria realizada de forma inadecuada en un paciente que inicialmente no es bien evaluado en su condición de quemado. Con lo cual, podría estarse en presencia de un paciente gran quemado que, al no recibir el manejo inicial conforme a su estado, podría esto conducirle a la muerte<sup>4</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Desarrollar un plan de actuación de enfermería ante pacientes quemados.

Objetivos específicos:

- Presentar una categorización de la información sobre los términos quemaduras y atención de enfermería.
- Describir las características de las lesiones por quemadura, según profundidad, extensión, fisiopatología, criterios de gravedad y factores de riesgo.
- Identificar las complicaciones derivadas de la atención primaria y diagnóstico inadecuado, sobre todo en lo relativo al síndrome del gran quemado.
- Establecer las pautas generales y los cuidados específicos por etapa de atención en la actuación de enfermería ante pacientes quemados.

### 3. METODOLOGÍA

Para desarrollar esta investigación, se planteó el diseño documental bajo enfoque cualitativo, como el idóneo para la revisión de las fuentes bibliográficas, todas ellas consideradas como primarias en lo relativo a los datos que son recogidos en ellas, al ser sus autores los responsables de tal información<sup>5</sup>. Para dar la suficiente y exigida rigurosidad científica, se trabajó con fuentes obtenidas en catálogos, repositorios y bases de datos especializadas, tales como: Enferteca, Ibeces, Redalyc, Cochrane y SciELO. Se utilizó el buscador Google Académico para filtrar por año y por localidad, dando preferencia a publicaciones originalmente españolas.

La búsqueda sin filtros arrojó 319 publicaciones, que se filtraron según los siguientes indicadores:

- 25 fuentes de primera mano, distribuidas en 22 artículos de investigación, de los cuales, 12 corresponden a trabajos académicos (fin de grado, tesis de especialidad, doctorales) y profesionales, con acceso a texto completo.
- 15 trabajos relacionados directamente, pues constituyen protocolos de actuación de enfermería, al ser guías u orientaciones para la atención al paciente quemado.
- 13 publicaciones españolas y el resto repartidas entre Argentina, México, Perú, Ecuador, Cuba, Colombia, Ecuador y Uruguay.
- Todas las fuentes consultadas están en idioma español.

Finalmente, una de las fuentes es el portal de la UNESCO, para la obtención de información general veraz sobre el problema, su origen y datos demográficos.

La información se clasificó por temas de acuerdo a 4 grandes aspectos:

1. Lesiones o quemaduras y sus características.
2. Guías, protocolos y orientaciones para la atención de enfermería.
3. Actuación particular según grupo etario (niños y adultos).
4. Actuación frente a las complicaciones: paciente gran quemado.

La técnica para la clasificación de los artículos fue por criterio de relevancia. Para concretar su incorporación, se leyó primeramente el resumen y desde allí se decidió su inclusión, con lo cual se crearon 4 subgrupos para su posterior análisis de contenido.

Una vez ejecutado el análisis de contenido, se aportó la interpretación personal para así poder llegar a las conclusiones. Con estas, se planteó la discusión de los hallazgos y se dejaron las recomendaciones, que se concretaron en el desarrollo de un plan de actuación de enfermería para la atención al paciente quemado, tomando en cuenta todas las consideraciones encontradas en los antecedentes de investigación directamente relacionados.

A continuación, se presenta la información organizada según los aspectos más resaltantes obtenidos de los documentos seleccionados. En cuanto a la calidad de los datos, estos gozan de actualidad, autoridad, rigurosidad científica y alta relación con el tema de la presente investigación, gracias a que la selección de fuentes cumple con estos criterios. El listado general de fuentes consultadas, que se presenta en el Cuadro 1 más adelante, comprende la selección de los archivos con base en los criterios de: actualidad, autoridad, rigurosidad científica, relevancia, contextualidad cultural y grado de relación con el tema de estudio. En este se incluyen 25 documentos distribuidos por año de publicación, por procedencia de autor, por país y por aspectos tratados.

**Cuadro 1. Listado de las fuentes seleccionadas (por orden alfabético)**

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Año</b>	<b>Procedencia del autor</b>	<b>Aspectos tratados</b>
Ambrooni et al	Propuesta de tratamiento del gran quemado en la unidad de cuidados intensivos	2018	Uruguay (hospitalario)	1. Incidencia niños 2. Gran quemado niños 3. Atención (pasos)
Arroyo Ruiz y Grueso Alcántara	Atención de enfermería extrahospitalaria ante el paciente con quemaduras y manejo de flictenas	2016	España (profesional)	1. Atención extrahospitalaria 2. Flictenas
Benaim	Contribución a la identificación de las quemaduras según su profundidad, evaluación de su gravedad (global y regional), y a formular un diagnóstico y pronóstico (presuntivo y definitivo)	2021	Argentina (Congreso-profesional)	1. Clasificación
De la Fuente	Cuidados de enfermería en la unidad de quemados críticos	2020	España (TFG)	1. Gran quemado 2. Cuidados críticos 3. NANDA
Del Moral	Actuación de enfermería para prevenir infecciones en el paciente gran quemado	2019	España (TFG)	1. Gran quemado 2. Infecciones 3. Actuación
Díez Zaballa et al	La enfermera clínica en una unidad de grandes quemados	2021	España (profesional)	1. Gran quemado 2. Enfermera clínica 3. Cualidades
Dominguez Pérez	Atención de urgencias y cuidados de enfermería en un paciente quemado	2019	España (TFG)	1. Clasificación 2. Gran quemado 3. Atención
García Pichardo	Beneficios de la escarectomía temprana y tardía en pacientes gran quemados	2021	México (Tesis de master)	1. Gran quemado 2. Tratamiento 3. Escarectomía
Gómez-Pesquera	Paciente Gran Quemado	2020	España (TFG)	1. Gran quemado



Plan de actuación de enfermería ante pacientes quemados

Jiménez y García	Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria	2018	España (profesional)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clasificación</li> <li>2. Atención primaria</li> <li>3. Tratamiento</li> </ol>
Lemus-Lima et al	Parametrización de cuidados de enfermería para satisfacer las necesidades humanas en personas con lesiones por quemaduras	2021	Cuba (hospitalario)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidados</li> <li>2. Intervenciones NIC</li> <li>3. Necesidades</li> <li>4. Satisfacción</li> </ol>
López Domene	Atención al paciente gran quemado: análisis y discusión	2013	España (TFG)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clasificación</li> <li>2. Gran quemado</li> </ol>
Medina Cervantes	Proceso de atención de enfermería en pacientes gran quemados	2021	México (TGE)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gran quemado</li> <li>2. Atención</li> <li>3. NANDA</li> </ol>
Méndez Hoyos	Manejo del paciente quemado adulto y pediátrico en UCI	2022	España (profesional)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gran quemado adulto</li> <li>2. Gran quemado niño</li> <li>3. Tratamiento</li> <li>4. Dolor</li> </ol>
Ministerio de Salud	Lineamientos para la prevención y atención integral de personas con lesiones por quemaduras	2020	Perú (oficial)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clasificación</li> <li>2. Incidencia niños</li> <li>3. Epidemiología</li> <li>4. Factores de riesgo</li> <li>5. Capacidad de gestión</li> <li>6. Instalaciones sanitarias</li> <li>7. Primeros auxilios</li> <li>8. Tratamientos</li> <li>9. Violencia</li> <li>10. Terapia física y ocupacional</li> <li>11. Prevención</li> </ol>
Olaya López et al	Cuidados de enfermería al paciente que ha sufrido una quemadura	2022	Colombia (profesional)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etiología</li> <li>2. Clasificación</li> <li>3. Cuidados</li> </ol>

Pariona Rosas	Cumplimiento del reporte de enfermería según la técnica SBAR en la unidad de cuidados intensivos quemados	2019	Perú (Tesis de postgrado)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte de enfermería</li> <li>2. Técnica SBAR</li> <li>3. Cuidados intensivos</li> </ol>
Pérez Boluda et al	Guía de actuación ante el paciente quemado	2006	España (profesional)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clasificación</li> <li>2. Gran quemado</li> <li>3. Actuación</li> <li>4. Quemaduras especiales</li> <li>5. Cuidados (fases)</li> </ol>
Pérez Boluda et al	Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras	2011	España (oficial)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clasificación</li> <li>2. Factores de riesgo</li> <li>3. Quemaduras especiales</li> <li>4. Cuidados (fases)</li> </ol>
Ramírez et al	Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado	2021	Ecuador (profesional)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocimientos</li> <li>2. Práctica</li> <li>3. Plan de cuidados</li> </ol>
Rodríguez-Vargas	Prevalencia y variables asociadas a la comorbilidad de trastornos mentales en pacientes quemados	2022	Cuba (hospitalario)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevalencia</li> <li>2. Comorbilidad</li> <li>3. Trastornos mentales</li> <li>4. Etiología</li> </ol>
Vásquez Outeiriño	Cuidados de enfermería en la unidad de quemados críticos	2020	España (TFG)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gran quemado</li> <li>2. Intervenciones</li> <li>3. Cuidados</li> <li>4. Procedimientos terapéuticos</li> </ol>
Vega Reyes	Satisfacción del paciente quemado con el cuidado que brinda el enfermero	2019	Perú (Tesis de pregrado)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidados</li> <li>2. Satisfacción</li> </ol>
Villalobos	Actitud de la enfermera respecto al dolor de los pacientes quemados	2018	Perú (Tesis)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actitud</li> <li>2. Dolor</li> <li>3. Tratamiento</li> </ol>

En la categoría año se incluyeron 23 dentro del periodo preseleccionado de estudio (2018-2022) y 3 anteriores. En la categoría procedencia de autor se incluyeron 12 de origen académico, 2 oficiales, 7 profesionales y 4 hospitalarios. En la categoría país se encuentran 13 de España y 12 repartidos en 7 países de América Latina. Por último, en la categoría aspectos tratados, existen 25 referencias al tema de quemaduras, clasificación, tipología gran quemado y complicaciones: y 24 relacionados con atención, cuidados, actuación, intervenciones y tratamientos. Se incluyeron 6 documentos relacionados con las características del paciente, 2 con niños quemados y 5 con las características del personal de enfermería.

### 3.1 Categorización por criterio

**Tabla 1. Categorización por año de publicación**

Criterio	Cantidad
Fuera del periodo estudiado	3
Dentro del período estudiado	22
<b>Total simple</b>	<b>25</b>

La selección con base en el año de publicación arrojó un 88% de documentos dentro del periodo estudiado, lo cual atiende fundamentalmente al criterio de actualidad de la información. No obstante, se decidió incluir 3 documentos cuyo año de publicación es anterior al periodo estudiado, pues dan cuenta de la historicidad del tema. De esto se deduce que la información obtenida para el presente estudio goza de actualidad y por ello es muy relevante.

**Tabla 2. Categorización por procedencia**

Criterio	Cantidad
Académicos	12
Oficiales	2
Profesionales	7
Hospitalarios	4
<b>Total simple</b>	<b>25</b>

La selección con base en la procedencia del autor o autores permitió enfocarse en una mayoría significativa (76%) de trabajos académicos y profesionales, considerando estos últimos elaborados por especialistas del área de la salud en calidad de investigadores particulares, pero no conducentes a grado académicos. Esto aporta en buena medida un alto nivel de autoridad en el tema tratado, por lo que la información se considera valiosa, respetable y bien elaborada, entendiendo que las publicaciones de trabajos que conducen a grado académico han sido tutorizadas también por especialistas en esta área, lo que da rigurosidad científica a las investigaciones académicas.

**Tabla 3. Categorización por país de origen**

<b>Criterio</b>	<b>Cantidad</b>
España	13
Argentina	1
México	2
Cuba	2
Uruguay	1
Ecuador	1
Colombia	1
Perú	4
<b>Total simple</b>	<b>25</b>

En cuanto a la selección por país de origen, España está en cabeza con más de la mitad de los artículos tomados en consideración para esta investigación. El resto de los documentos, en suma, son todos de procedencia latinoamericana, pero con influencias y antecedentes de trabajos previos realizados en España. Esto permite establecer que la visión predominante en el tratamiento del tema es la de los especialistas españoles, que a su vez es tomada en cuenta en los trabajos de procedencias latinoamericana. En común, todos comparten el idioma y la idiosincrasia en relación a la importancia de la atención al paciente quemado.

Asimismo, dentro de los países latinoamericanos destaca Perú como el de mayor producción de investigaciones de autoridad en torno al tema. Cabe destacar entre ellos, el documento oficial peruano emitido por el Ministerio de Salud de ese país; que, además de estar actualizado es de los pocos que apuntan al tema de la prevención de los accidentes causantes de quemaduras. Mención especial merece el documento producido en ambiente hospitalario pediátrico de Uruguay, siendo el hospital en cuestión de referencia nacional y regional en el tratamiento de quemaduras en niños, además de ser un hospital universitario. Este, junto con los dos de Cuba y el de España, conforman la visión que se maneja directamente en el lugar de recepción de los pacientes tanto adultos como niños, por lo que tienen relevancia a la hora de considerar la información que aportan a la presente investigación.

**Tabla 4. Categorización por aspectos tratados (los más relacionados)**

<b>Criterio</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Subcategoría: quemaduras</b>	
Clasificación de las quemaduras	8
Gran quemado	12
Quemaduras especiales	2
Complicaciones	3
<b>Subcategoría: actuación</b>	
Actuación	2
Cuidados y Atención (como sinónimos)	13
Intervenciones (como sinónimo)	3
Tratamientos (como sinónimo)	6
<b>Subcategoría: involucrados</b>	
Características del paciente	6
Niños	2
Características del personal de enfermería	5
<b>Total conjugado</b>	<b>62</b>

Sin duda, la selección de los documentos conforma un conjunto de información que guarda relación directa con el tema de la presente revisión bibliográfica, siendo los criterios resaltantes: la actuación (como sinónimos se consideración atención, cuidados, intervenciones, tratamientos) con 38%; y las quemaduras (clasificación, gran quemado, quemaduras especiales complicaciones) con un 40%. Esto significa que, en la selección realizada, un 78% de la información se relaciona directamente con el tema de estudio en sus dos términos claves: actuación y quemadura/quemado (Ver Figura 1)

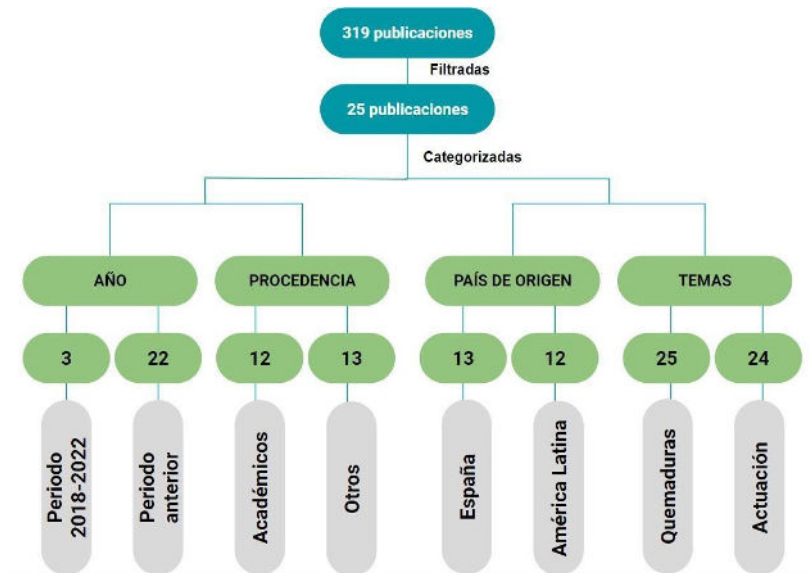


Figura 1. Categorización de las fuentes utilizadas

#### 4. DESARROLLO O RESULTADOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la quemadura como: *“lesión de la piel o de otros tejidos corporales causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos”*<sup>2</sup>.

Las quemaduras se clasifican teniendo en cuenta los criterios de profundidad, extensión y etiología. Cabe destacar la importancia de conocer estos criterios para la correcta clasificación de las quemaduras. Con ellas podremos reconocer de forma correcta el grado y extensión de la misma, además de tener en cuenta el carácter dinámico que estas heridas presentan en las primeras 24-72 horas.

##### 4.1. Caracterización de las quemaduras

La identificación original de las quemaduras por criterio de profundidad data de 1832 y 1839; desde entonces ha habido discrepancias en la forma de asignar grados (normalmente expresados en números romanos) y ordenes (en números ordinales), que de paso reflejan características diferentes. Hoy por hoy, la profundidad de las quemaduras puede evaluarse mediante los hallazgos clínicos cotejados con tecnología de flujometría por láser Doppler y videomicroscopía<sup>6</sup>.

Benaim<sup>3</sup> propone una nueva forma de designar la profundidad de la quemadura, utilizando letras en lugar de números ordinales, y tipos en lugar de grados, según el Cuadro 2.

**Cuadro 2. Identificación y clasificación de quemaduras por profundidad**

Tipo	Profundidad	Sub-grupo	Ejemplo (Figura 2)
A	Superficial (epidérmica y dérmicasuperficial)	Eritema Flictena	1.a 1.b 1.c
AB	intermedia o dérmica profunda		2.a
B	Profunda (espesor completo)		2.b
C	Tejidos subcutáneos destruidos		2.c

Fuente: Benaim<sup>3</sup>



**Figura 2. Identificación y clasificación de quemaduras por profundidad**

Para diagnosticar la gravedad del paciente no solo se evalúa la profundidad de las lesiones, sino que esto hay que vincularlo con la extensión de las mismas así como otros síntomas que presente el afectado, más su edad, patologías previas y concomitantes. Para el diagnóstico global, el autor propone que el criterio de gravedad debe ser identificado con números romanos del I al V, según el cuadro 3 que se presenta a continuación.

**Cuadro 3. Clasificación de gravedad de pacientes quemados (global)**

Tipo por profundidad	I LEVE	II MODERADA	III GRAVE	IV MUY GRAVE	V CRÍTICA
A	hasta 15%	16% a 35%	36% a 70%	71% a 90%	más del 90%
AB	hasta 5%	6% a 45%	46% a 60%	61% a 75%	más del 75%
B	hasta 1%	2% al 5%	6% al 30%	31% al 60%	más del 60%
C	-----	hasta 1%	2% al 5%	6% al 10%	más del 10%

Asimismo, el autor plantea un diagnóstico denominado regional, esta vez enfocado en la probabilidad de dejar secuelas en el paciente, sin dejar de lado la profundidad y la extensión de las lesiones, para lo cual pone una letra X antes de los números romanos. Esta clasificación se presenta en el cuadro 4.

**Cuadro 4. Clasificación de secuelas de pacientes quemados (regional)**

Tipo por profundidad	X-I LEVE	X-II MODERADA	X-III GRAVE	X-IV MUY GRAVE	X-V CRÍTICA
A	sin secuela	-----	-----	-----	-----
AB	-----	secuela estética	-----	-----	-----
B	-----	-----	secuela funcional - retracción	-----	-----
C	-----	-----	-----	mutilación parcial	mutilación total

Este profesional de amplia trayectoria propone dos momentos para el diagnóstico inicial del paciente quemado:

- Presuntivo: cuando ingresa en el hospital siento un paciente AB, pero que no se puede saber si evolucionara hacia un AB-A (eritema) o un AB-B (flictema).
- Definitivo: cuando ya se puede dar un diagnóstico global y regional pues ya el caso ha evolucionado y se puede saber si se necesita realizar un injerto de piel o no.

Luego, plantea el pronóstico también en global y regional, el cual se realiza al ser dado de alta el paciente.

El principal aporte de esta clasificación tiene como meta la refinación de las estadísticas al obtener tasas de morbilidad y mortalidad más acordes con la realidad de los pacientes. Cuando se calcula estas tasas con solo el diagnóstico inicial, es muy probable que se vean



alteradas, dado que la evolución puede hacer variar el diagnóstico definitivo y el pronóstico<sup>3</sup>.

Otro factor que se ha integrado al análisis y clasificación de las quemaduras es su etiología, pues el agente causal, la duración de la exposición a ese agente, la fuente de energía y la localización de los tejidos afectados van a generar que el diagnóstico y la atención varíen considerablemente<sup>7,8</sup>. Por ende, hay que tratar de obtener la información de base acerca de cuál fue el agente causante de las lesiones, ubicándose los posibles entre los siguientes<sup>7</sup>:

- Térmico: cuando se entra en contacto con el foco emisor, como es el caso de las escaldaduras con líquidos calientes o el contacto directo con fuego. Son las más frecuentes en niños y ancianos, siendo las zonas afectadas más comunes la cara, el tórax y las extremidades superiores.
- Químico: sustancias generalmente ácidas, que liberan calor en el interior de los tejidos, siendo necesario retirar el agente primero, para evitar una lesión mayor. Ocurre en el 3% de los casos y los daños están condicionados a la concentración de la sustancia química y al tiempo de exposición.
- Eléctrico: el calor se produce por una corriente eléctrica que atraviesa los tejidos. La estadística anda por el orden del 4% y ocurre mayoritariamente en hombres, siendo su ubicación doméstica. Las de alto voltaje pueden destruir el tejido y derivar en paro cardíaco, fracturas, contusiones, entre otros, siendo requerida la hospitalización del afectado.
- Ionizante: agentes como la radiación ultravioleta, el láser o las microondas causan quemaduras que suelen ser de primer grado o leves y bastantes comunes en ciertas épocas del año por la exposición al sol sin protección.
- Gases: por inhalar compuestos tóxicos, pueden aumentar la mortalidad de los pacientes entre un 20-40% y sus principales complicaciones son las infecciones respiratorias, tales como la neumonía y la bronconeumonía.

La gravedad de las quemaduras debe evaluarse en función de estos datos que se vuelven concomitantes y la escala de gravedad puede ser distinta si se está frente a un niño, un adulto o un anciano, por lo que la clasificación de gravedad en grados de leve a crítica puede tener variaciones en el porcentaje de extensión de la zona afectada (SCQ= superficie corporal quemada) y conducir a un diagnóstico distinto, dependiendo de la edad del paciente. En general, se tiene que una SCQ superior al 10% en ancianos y lactantes, superior al 15% en niños y al 20% en una persona adulta es un criterio aceptado como suficiente para indicar hospitalización<sup>7</sup>.

Existen varios métodos para calcular la SCQ, tales como: el método Wallace o regla de los 9 que divide el cuerpo en zonas, cada una con un valor del 9%; el método de la palma de la mano en el que la extensión de la palma del paciente se asume que corresponde a un 1%; y la Tabla de Lund y Browder, que detalla específicamente lo que suponen las partes del cuerpo quemadas en función de la edad del paciente, siendo este el método que se considera como el más preciso<sup>6,7</sup> (Tabla 5).

Tabla 5. Método de Lund y Browder

ÁREA	EDAD EN AÑOS				
	0-1	1-4	5-9	10-15	ADULTO
Cabeza	19	17	13	10	7
Cuello	2	2	2	2	2
Tronco ant.	13	13	13	13	13
Tronco post.	13	13	13	13	13
Glúteo der.	2+1/2	2+1/2	2+1/2	2+1/2	2+1/2
Glúteo izq.	2+1/2	2+1/2	2+1/2	2+1/2	2+1/2
Genitales	1	1	1	1	1
Brazo der.	4	4	4	4	4
Brazo izq.	4	4	4	4	4
Antebrazo der.	3	3	3	3	3
Antebrazo izq.	3	3	3	3	3
Mano der.	2+1/2	2+1/2	2+1/2	2+1/2	2+1/2
Mano izq.	2+1/2	2+1/2	2+1/2	2+1/2	2+1/2
Muslo der.	5+1/2	6+1/2	8+1/2	8+1/2	9+1/2
Muslo izq.	5+1/2	6+1/2	8+1/2	8+1/2	9+1/2
Pierna der.	5	5	5+1/2	6	7
Pierna izq.	5	5	5+1/2	6	7
Pie der.	3+1/2	3+1/2	3+1/2	3+1/2	3+1/2
Pie izq.	3+1/2	3+1/2	3+1/2	3+1/2	3+1/2

Fuente: Domínguez Pérez<sup>7</sup>

Ya está protocolizados en España que la mayoría de las lesiones son revisadas en atención primaria. Se trataría de pacientes que presenten: quemaduras de tercer grado y SCQ inferior a 2%; quemaduras de segundo grado superficial y SCQ inferior al 15% y en niños, inferior al 10%; quemaduras de segundo grado profundas y SCQ inferior al 2%; quemaduras de primer grado. Es este momento de prestar la atención necesaria para poder individualizar el diagnóstico, en función de otras patologías asociadas, la edad y otras lesiones aparte de las quemaduras, como es el caso de las lesiones inhalatorias.

Sin embargo, existen evidencias de alta variabilidad en el manejo de las quemaduras en atención primaria (AP), donde se utilizan prácticas aprendidas o de uso común, sin saber si están avaladas por la comunidad científica<sup>6</sup>. Por ejemplo, cuando hay afectación de las manos, pies, genitales, periné, articulaciones, cara y cuello, como también las quemaduras en circunferencia o brazaletes se consideran graves, independientemente de la extensión<sup>8</sup>.

En relación a patologías preexistentes, se ha estudiado la prevalencia de comorbilidad de los trastornos mentales en pacientes quemados, así como el consumo de sustancias, entre ellas los estupefacientes, siendo alta en la mayoría de los estudios, llegando al 45 y 48% en los quemados<sup>9</sup>.

A nivel local y sistémico, cuando ocurre un accidente y se presentan quemaduras, regularmente se lleva a cabo en el afectado un proceso en 4 fases:

1. Coagulación. El organismo intenta proteger al sistema vascular con la formación del coágulo para evitar la hemorragia.
2. Inflamación. Se produce autólisis (autodestrucción celular) para intentar eliminar los agentes que puedan obstaculizar la formación de nuevo tejido reparado.
3. Proliferación. Es la migración de fibroblastos que protegen las heridas para que no penetren agentes infecciosos.

4. Maduración. Se forma la cicatriz y el tejido adquiere resistencia.

Todo este proceso se inicia al momento de sufrir la lesión y puede durar hasta 2 años para llegar a la etapa final, lo que depende fundamentalmente de la extensión de las lesiones<sup>6</sup>.

Es importante destacar que el paciente quemado generalmente sufre pérdida de líquidos y también pérdida de calor, causándole hipotermia. Adicionalmente, se pierde la acción de barrera protectora que presenta la piel frente a los microorganismos, por lo que se incrementa la susceptibilidad a las infecciones. Un elemento que no puede dejarse por fuera de la valoración es el recuerdo del trauma, el sufrimiento y el dolor que causa el cuidado de las lesiones y el tratamiento, siendo esto de impacto físico y psíquico para los pacientes. Todo ello representa un cambio brusco en su estado de salud sin dejar de lado que muchas secuelas que dejan las quemaduras afectarán la calidad de vida posterior al generar posibles alteraciones en la imagen corporal, la autopercepción y la autoestima<sup>10</sup>.

**4.2. Complicaciones derivadas de la atención primaria y/o diagnóstico inadecuado. Síndrome del gran quemado**

Como se logró evidenciar en la revisión bibliográfica, existe abundante literatura relacionada con las complicaciones que podrían generarse en la valoración primaria, bien sea por un diagnóstico presuntivo infravalorado o porque no se considera adecuadamente la evolución del paciente, lo que muchas veces implica que no sean considerados todos los síntomas que podrían ir apareciendo<sup>10</sup>.

En la Guía Práctica de Pérez Boluda et al<sup>11</sup> (2011) se indica que: “la valoración primaria es la realizada en primera instancia tras el trauma térmico. El manejo inicial del paciente está basado en el principio de que el paciente gran quemado debe tratarse como paciente politraumatizado, y comienza siguiendo la secuencia ABC, prestando atención a la vía aérea (A), la respiración (B) y la circulación (C). Solo cuando el paciente se encuentre estable se debe evaluar la gravedad de las quemaduras”.

Se podría decir con propiedad que las complicaciones infecciosas en grandes quemados (GQ) son las más comunes con una incidencia del 55% y también son la primera causa de mortalidad en este tipo de paciente: mientras que las complicaciones no infecciosas más comunes son las insuficiencias respiratorias con un 48%. También son notables las complicaciones cardiovasculares con un 32% en los grandes quemados (disritmia, insuficiencia cardíaca), así como las renales (32%), quedando las hematológicas y neurológicas como las menos frecuentes, con 2% y 2% respectivamente<sup>10</sup>.

Un estudio recogió que los microorganismos infecciosos más comunes en el paciente gran quemado son: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii* y *Enterobacteriaceae*. En un primer momento, las bacterias Gram+ son las más frecuentes; pero, en segundo lugar, las bacterias Gram- tienden a aparecer en la primera semana, con el paciente gran quemado hospitalizado o no. Los hongos también aparecen con frecuencia, como consecuencia del uso de antibióticos de administración tópica. Otros factores asociados que inciden en la aparición de las infecciones son la hospitalización prolongada, la supresión inmunológica y los diagnósticos y procedimientos invasivos. En general, se afirma que a mayor porcentaje de SCQ, mayor riesgo de infección<sup>12</sup>.

Cabe destacar que la denominación de paciente gran quemado (GQ) se debe a cuando la patología pasa a ser crítica, donde las quemaduras se revelan a un segundo plano de importancia y se vuelve de atención prioritaria otros síntomas vitales en el ser humano, como son la vía aérea,

la ventilación y la circulación. En estos casos se requiere atención rápida y multidisciplinar para minimizar las complicaciones y aumentar la supervivencia, pues este tipo de pacientes es de alto riesgo<sup>13</sup>.

Es importante acotar que no se tiene un criterio único con respecto a la definición del paciente gran quemado. En todo caso, lo que se tiene como criterio es que el paciente debe ser ingresado cuando al menos presenta uno de los siguientes cuadros<sup>13</sup>:

- SCQ > 10% en ancianos y lactantes.
- SCQ > 15% en niños y SCQ > 20% en adultos.
- Quemaduras de grado II profundas y grado III.
- Quemaduras eléctricas.
- Quemaduras en las zonas de alto riesgo tales como tórax y extremidades.
- Pacientes con enfermedades asociadas.

En referencia al paciente gran quemado, se percibe la importancia de contar con espacios especiales para la atención a este tipo de pacientes. Nacen así las unidades de grandes quemados en los centros hospitalarios, como un “dispositivo asistencial de alta especialización y complejidad”<sup>14</sup>. Estos ambientes son donde cobra relevancia la atención de enfermería, pues, aunque se reconocen como centros multidisciplinarios, es el equipo de enfermería el que realmente está al frente de la atención y los cuidados individualizados que estos pacientes requieren y es esa atención la que previene complicaciones mayores y el eventual reingreso a la sociedad en las mejores condiciones posibles<sup>15</sup>.

En algunos centros hospitalarios españoles, los pacientes GQ son atendidos en las unidades de cuidados intensivos, sobre todo las consideraciones de nivel crítico. Se les denomina Unidades de Quemados Críticos y son dispositivos asistenciales de alta especialización y complejidad, que normalmente se encuentran dentro de un centro hospitalario. Están dotadas con recursos humanos y materiales necesarios para la atención de este tipo de pacientes y las hay para adultos y para niños. La principal ventaja de estas unidades es la monitorización y observación clínica durante las 24 horas<sup>16</sup>.

Un estudio interesante sobre el nivel de satisfacción de los pacientes en relación a los cuidados de enfermería en una unidad de quemados reportó que la principal preocupación de los pacientes es la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, siendo la satisfacción uno de los resultados directos de la atención recibida, que no solo tiene que ver con los cuidados de salud, sino que también tiene que ver con brindar la confianza en el tratamiento que se está recibiendo y con educar a las personas para que colaboren en su propia recuperación<sup>17</sup>.

Debido a que el paciente GQ presenta un cuadro de salud complejo, pues además de las lesiones y otras complicaciones seguramente siente miedo, dolor y preocupación por perder la vida, la calidad de la atención se vuelve un elemento sumamente importante que derivará en la satisfacción percibida. Cuando esta no es positiva se convierte en un llamado de alerta para detectar las posibles debilidades en el proceso de actuación del personal de enfermería. Cuando el personal solo se acerca sin decir nada a colocar medicamentos, cuando no saludan o cuando no responden o contestan con mala actitud a las inquietudes del paciente GQ no se establece la relación de confianza que se necesita en estos casos para que el paciente esté tranquilo y colabore con su recuperación<sup>17</sup>.

Mención especial dentro de este apartado, es el relativo a las lesiones por quemaduras presentadas en pacientes pediátricos y sus posibles complicaciones. La literatura encontrada

sugiere que la principal complicación en el niño GQ es la hipovolemia (pérdida de sangre por extravasación hacia los espacios intersticiales), lo que podría conllevar a un mayor gasto cardiaco y a la presencia de oliguria (menor cantidad de orina). En estos casos, el paciente requiere de reanimación controlada, basada principalmente en la regulación de la presión sanguínea, la frecuencia cardiaca y el ritmo diurético<sup>18</sup>.

En menores de cinco años, las estadísticas de quemaduras indican que estas son la segunda causa de muerte accidental. Del 6 al 10% de las consultas pediátricas están relacionadas con quemaduras, siendo más frecuente en varones y provocando el ingreso de hasta el 10% de los que llegan a las urgencias. La localización más frecuente es en las extremidades, cuello y cabeza, produciéndose la mayoría en los hogares pro agentes térmicos. Adicionalmente, la probabilidad de que queden con secuelas o discapacidades, así como problemas relacionados con la cicatrices y, por consiguiente, alteraciones psicosociales derivadas, es un aspecto que debe considerarse como de alto riesgo que merece seguimiento a lo largo del desarrollo posterior del paciente hacia la vida adulta<sup>16</sup>.

La escala *Burn-Specific Health Scale* (BSHS) fue creada en 1982 con la finalidad de medir la calidad de vida en las personas que habían sufrido quemaduras, incluso siendo niños. En estudios donde fue aplicada, se encontraron personas quemadas que presentaron dificultades con el tratamiento extrahospitalario y para integrarse al trabajo. Si las cicatrices resultantes se encontraban en zonas visibles, declararon baja calidad de vida relacionada con la salud. Es por ello que, en pacientes pediátricos, la atención integral que incluya la esfera física y psicología es fundamental para su rehabilitación y desarrollo posterior, así como la incorporación a la vida con calidad y sin sufrir por el posible rechazo social. Siendo la población pediátrica de alta vulnerabilidad, la necesidad de tratarlos en unidades especiales con vigilancia las 24 horas del día por personal bien cualificado es totalmente justificada<sup>16</sup>.

Un aspecto de interés, que puede ser objeto de infravaloración al considerarlo muchas veces como subjetivo, es la sensación del dolor en el paciente gran quemado. Su tratamiento es todo un reto, pero puede significar un punto a favor si es bien controlado, tanto en cuanto a la mejora en la cicatrización como en el sueño y la calidad de vida en forma general. Sin embargo, no se encontraron evidencias de actuaciones estandarizadas en el manejo del dolor agudo en pacientes GQ, el cual puede causar complicaciones no deseadas como la ansiedad, el estrés y la aparición del dolor crónico o neuropático, nada conveniente en un paciente hospitalizado<sup>16</sup>.

Cabe destacar que el dolor causado por las quemaduras puede considerarse una hiperalgesia (respuesta exagerada) o una alodinia (percepción dolorosa de un estímulo que no lo es). Sumado a esto, el dolor mal controlado genera ansiedad, como se ha dicho anteriormente, lo que provoca una exacerbación del dolor. Ante ello, la actitud del personal de enfermería es de gran importancia y puede determinar la forma en la que se maneja o controla, tal y como se logró conocer en la literatura consultada. Naturalmente, es el paciente el que informa sobre el dolor que siente y por ello hay una cuota de subjetividad. Sin embargo, es posible observar otros signos atribuidos al dolor como expresiones faciales quejumbrosas y movimientos incómodos que sugieren su presencia. Esto permite decidir entre dos tipos de tratamientos: el farmacológico y el no farmacológico<sup>19</sup>.

Se han desarrollado escalas que permiten medir el dolor de forma relativamente sencilla. La escala EVN (Escala Visual Numérica) mide la intensidad del dolor con la máxima reproducibilidad, en una escala del 1 al 10. A su vez, la escala facial de Wong y Baker se diseñó para favorecer la comprensión del test en los niños, o entre los que no comprenden las palabras o el valor

numérico. Las escalas visuales categóricas y analógicas complementan las mediciones: estas miden cinco categorías (expresión facial, movimientos de los miembros, tensión muscular, adaptación al ventilador y vocalización) en 3 valores del 0 al 2 y es aplicado por los enfermeros o cuidadores<sup>16,19</sup>.

Teniendo en cuenta este último aspecto y dado que la atención de enfermería es un proceso integral que, al partir de la teoría del cuidado humano de Watson, “se direcciona en brindar un auténtico cuidado hacia el paciente, basándose en el cuidados del cuerpo, mente y espíritu, para que se logre el nivel óptimo del proceso de curación”<sup>19</sup>, se tiene que considerar como indispensable el manejo del dolor para que la satisfacción del paciente sea completa y beneficiosa en todas sus dimensiones y no solo en la dimensión física. Por ende, no solo debe tenerse presente el tratamiento farmacológico del dolor, sino el manejo de terapias alternativas que también ofrezcan alivio tanto psicológico como espiritual.

Otra teoría y su respectivo modelo de adaptación de la enfermería fue el desarrollado por Callista Roy en su extenso trabajo iniciado en 1970. En este se define al individuo objeto de la atención de enfermería (es decir, al paciente) como un conjunto de sistemas interrelacionados, que se esfuerza por mantener el equilibrio entre estos diversos estímulos. El modelo adaptativo de Roy analiza la adaptación con base en las 4 esferas de la vida<sup>20</sup>:

1. Área fisiológica. Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
2. Área de autoimagen. La imagen que uno tiene de sí mismo.
3. Área de dominio del rol, entendida como los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
4. Área de independencia, que se refiere a las interacciones positivas con el entorno, esto es, con las personas con las que se intercambian influencias a fin de contribuir con las áreas 1 y 2.

#### **4.3. Pautas generales y cuidados específicos por etapa de atención en la actuación de enfermería ante pacientes quemados.**

Siendo el modelo de Roy de naturaleza holística, podría decirse que es de los primeros en aportar una visión científica de la atención de enfermería, donde apunta al bienestar o a la salud del paciente, de tal forma que: “La salud no es liberarse de la inevitabilidad de la muerte, la enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino la capacidad de hacerles frente de manera competente”<sup>20</sup>. En este sentido, la enfermería se concibe como “la promoción de la adaptación para individuos y grupos en cada uno de los cuatro modos adaptativos, contribuyendo así a la salud, la calidad de vida y morir con dignidad”<sup>20</sup>.

Al personal de enfermería se le contempla como un equipo facilitador de la tan esperada adaptación del paciente a la circunstancia o afección de salud por la que este cursando, ayudándole a reaccionar positivamente y conduciéndole a la obtención de resultados favorables. A cada esfera de la vida del individuo le corresponde un modo de adaptación y en consecuencia un modo de actuación de enfermería. Esto obliga a pensar en que la enfermería no debe estar únicamente enfocada en lo fisiológico, sino que debe apoyar al paciente de forma integral<sup>20</sup>.

Es así como se llega a un concepto científico de la enfermería, vista como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo. Tiene dos momentos singulares, que son: la valoración, cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud-enfermedad; y la

intervención directa sobre el paciente, ayudándole a responder adecuadamente. El segundo momento, a su vez, puede dividirse en acciones de: planificación, actuación y evaluación. Todo este proceso es reiterativo y analítico, pues siempre conduce a la toma de decisiones de actuación del enfermo o del equipo<sup>20</sup>.

Con este preámbulo acerca de la enfermería como ciencia que posee un método científico definido, se plantea ahora el enfoque hacia la actuación de enfermería al paciente quemado. Partiendo de que el individuo que sufre quemaduras podría haber sido atendido inicialmente, en su lugar de accidente, por personal de bomberos o paramédicos, cabría preguntarse si la valoración, como primera acción del enfermero de atención primaria, es compartida con estos otros profesionales de la salud, o que implicaría no comenzar desde cero en todo caso, verificar la valoración realizada por otros.

Las investigaciones en el área asistencial confirman que la valoración puede hacerse de acuerdo a los preceptos del Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS). Este protocolo no fue consultado directamente en esta revisión bibliográfica, pero si indirectamente a través de las fuentes seleccionadas<sup>20</sup>, aunque este fue elaborado sobre todo para médicos y no para el profesional de enfermería. En todo caso, lo que se plantea realizar al paciente en el ATLS desde el punto de vista médico, después de cubrir los primeros auxilios en el lugar del accidente, podría considerarse vinculado a la etapa inicial de la intervención de enfermería, ya que luego debe complementarse cuando se haya avanzado hacia la etapa de diagnóstico y finalmente cuando se tenga decidido el tratamiento al paciente, de acuerdo con su estado integral.

Otros modelos consultados, más específicos para la enfermería, parte de la teoría de las 14 necesidades humanas básicas (NHB) de Virginia Henderson, definidas como: “un sistema de necesidades no satisfactorias que, para su solución, se despliegan estrategias de satisfacción encaminadas a solucionarlas, a partir de intervenciones adecuadas de enfermería, capacidades y recursos reales que garanticen su estado de salud”<sup>21</sup>. Estas necesidades básicas no satisfechas plantean entonces las acciones que el personal de enfermería debe cubrir; pero antes, se deben revisar las dimensiones que entran en juego, por parte de los enfermeros, para garantizar que estén en condiciones de realizarlas. Estos son: la dimensión cognitiva (lo que sabe el enfermero), la dimensión laboral (la experiencia que posee en el campo de trabajo), la dimensión axiológica (lo valores y principios que se ponen en juego durante el ejercicio profesional)<sup>21</sup>.

En relación a estas tres dimensiones, algunos supervisores del personal de enfermería manifestaron que la principales debilidades en la atención que ofrecen los enfermeros se pueden ubicar en<sup>21</sup>:

- Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o resolución de problemas.
- Signos de malestar psicológico.
- Expresión de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda.
- Mala concentración.
- Dificultad para tratar la información.
- Signos de estrés físico.
- Falta de oportunidades para prepararse en cuanto a los agentes estresantes.

Directamente relacionados con dichas debilidades, surge la necesidad de conocer en detalle los protocolos que el personal enfermero deben trabajar y que se vinculan con la teoría de Henderson, como son: diagnósticos de enfermería NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), clasificación de resultados de enfermería NOC (*Nursing Outcomes Classification*),

clasificación de intervenciones de enfermería NIC (*Nursing Interventions Classification*). La fuente consultada sugiere una falta generalizada de conocimientos de estos protocolos, como algo que afecta notablemente la actuación de enfermería. Por ello, es importante dedicar parte de este informe a detallar de que se tratan, dada su importancia para la presente investigación<sup>21,22</sup>.

De acuerdo con el Portal Enfermería Actual, los diagnósticos deben ser correctamente estructurados bajo sistemas de clasificación o taxonomías. Para los profesionales de la enfermería, la taxonomía NANDA resulta imprescindible porque es la más extendida. Entre sus objetivos están: dotar de los mejores diagnósticos de enfermería basados en la evidencia, colaborar en la seguridad del paciente, contribuir con la investigación al aportar evidencias globales. En su última revisión (2021-2023), la NANDA-I ha incorporado 46 nuevas etiquetas a su clasificación de diagnósticos enfermeros, sumando un total de 267 vigentes: 46 nuevos, 67 revisados, 17 que ha recibido cambios en la etiqueta y 23 retirados<sup>23-26</sup>.

Es importante resaltar lo que se recogió en el prólogo de la NANDA 2021-2023 en relación al diagnóstico de enfermería, al decir que: “los pacientes con el mismo diagnóstico médico no necesariamente tienen la mismas respuestas humanas (diagnósticos de enfermería) ... Es por esto que, antes de brindar la atención adecuada a cada paciente, el equipo de enfermería debe realizar una evaluación de enfermería e identificar sus respuestas únicas (diagnósticos de enfermería)<sup>26</sup>”. Es importante tener presente que estos especialistas diagnostican y tratan las respuestas humanas a los problemas de salud y/o procesos de la vida. Por ellos, se recomienda utilizar la clasificación NANDA, que incluye además de la taxonomía del diagnóstico de enfermería, el proceso de diagnóstico y el uso de la terminología NANDA-I<sup>26</sup>.

La taxonomía NANDA comprende una forma de clasificar y categorizar las áreas de interés o dominios para el profesional de enfermería. Un dominio es la “esfera de conocimiento”. Los 13 dominios NANDA se dividen además en clases (agrupaciones que comparten atributos comunes). La función urinaria, por ejemplo, es una clase en el dominio de eliminación e intercambio. Cada una de las clases contiene diagnósticos de enfermería relevantes. La retención urinaria, identificada con el número 00023, es el diagnóstico de enfermería que se ubica en la clase Función urinaria, dentro del dominio de Eliminación e intercambio<sup>26</sup>. A medida que se va trabajando con esta clasificación, se llega a comprender que un diagnóstico de enfermería va más allá de decir que un paciente sufre o padece alguna enfermedad. En realidad, un diagnóstico de enfermería podría verse como un juicio clínico sobre una respuesta humana a las condiciones de salud y procesos de vida; o la susceptibilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad<sup>26</sup>.

Cada diagnóstico de enfermería tiene su etiqueta (o varias, pues podría tratarse de un síndrome), a la que se acompaña su definición e indicadores de diagnóstico. Este tipo de diagnóstico puede centrarse en un problema (respuesta humana indeseable a una condición de salud); en un riesgo (susceptibilidad del individuo, familia, cuidador, comunidad, para el desarrollar una respuesta indeseable a una condición de salud); o en una fortaleza o promoción de la salud (motivación o deseo de aumentar el bienestar o disposición de mejorar el bienestar o de hacer algo para mejorar la salud)<sup>26</sup>.

El profesional de enfermería utiliza todo esto para formular hipótesis o explicaciones sobre los problemas, los riesgos y las oportunidades de promoción de la salud que se presentan y dar una visión integral de la situación del paciente, para así establecer una ruta de atención. Nace así el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), cuyas fases son: Valoración, Diagnóstico,



Planificación, Implementación y Evaluación, dado que se trata de un proceso repetitivo que se realimenta en el tiempo y que presta cuidados de forma racional, lógico y sistemática, como todo método científico<sup>20,26</sup>.

Uno de los retos ha sido intentar obtener lenguajes estandarizados de enfermería (SNL), dado que NANDA-I se ha alimentado de evidencias en 22 idiomas que han sido recogidas por las distintas organizaciones que colaboran en todas partes del mundo desde 1990. Existe abundante investigación que apunta al propósito de lograr esta estandarización, además de combinarse con los NOC y las NIC.

En el siguiente cuadro se presentan los 13 dominios de la NANDA Internacional o NANDA-I

Nº de dominio	Nombre
1	Promoción de la salud
2	Nutrición
3	Eliminación e Intercambio
4	Actividad / Descanso
5	Percepción /Cognición
6	Autopercepción
7	Relaciones de Roles
8	Sexualidad
9	Afrontamiento / Tolerancia al estrés
10	Principios de vida
11	Medida de seguridad
12	Comodidad
13	Desarrollo del crecimiento

Fuente: NANDA-I (2021-2023)

Particularmente en relación al paciente quemado; la búsqueda de la palabra específica quemadura dentro del documento arrojó 6 coincidencias en los siguientes dominios:

- Dominio 9, clase 3, código de diagnóstico 00009.
- Dominio 9, clase 3, código de diagnóstico 00010.
- Dominio 11, clase 2, código de diagnóstico 00086.
- Dominio 11, clase 2, código de diagnóstico 00205.
- Dominio 11, clase 3, código de diagnóstico 00151.
- Dominio 11, clase 6, código de diagnóstico 00254.

Ahora bien, si se buscara cada una de las posibles complicaciones del paciente gran quemado (por ejemplo: infección, ansiedad, dolor, entre otras), la búsqueda arrojaría gran cantidad de códigos posibles diagnósticos que conducirían a resultados e intervenciones potencialmente diferentes.

En cuanto a la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), en el citado Portal se define como “un sistema de clasificación que describe los resultados de los pacientes sensibles a la intervención de enfermería. Se trata de un sistema para evaluar los efectos del cuidado de enfermería como parte del proceso de atención de enfermería (PAE)<sup>24</sup>”. Por ende, su objetivo principal es el de identificar y clasificar los resultados obtenidos gracias a las acciones del personal de enfermería y que sean de utilidad clínica. Estos criterios se pueden utilizar tanto para evaluar el estado actual como para identificar el estado futuro. Es decir, que sirven para valorar la eficacia de los planes de cuidado estándar, protocolos y guías clínicas. Su última actualización data del año 2018 (6ª edición) y contiene 540 resultados, al incorporar 52 nuevos y eliminar 2<sup>24</sup>.

Cuando se habla de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), se refiere a las “acciones específicas que los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo para mejorar la salud y el bienestar de sus pacientes”<sup>25</sup>. Su objetivo primordial es proporcionar un marco claro y estructurado para la atención de enfermería que esté basado en evidencia científica, gracias a las innumerables investigaciones que se vienen realizando al respecto. Es importante acotar que las intervenciones pueden incluir desde actividades de promoción y prevención hasta tratamiento de enfermedades y cuidados paliativos; se divide en cuatro dimensiones que abarcan los cuidados integrales del paciente: física, psicológica, social y espiritual. Estas deben ser seleccionadas según las necesidades individuales del paciente una vez que se ha realizado una evaluación completa de su situación, pero en estrecha relación con los NOC. Se agrupan en 7 campos, que se dividen a su vez en 30 clases y cuentan con un total de 554 intervenciones. Por ello, ya se habla de la batería NNN para indicar estos 3 listados, hoy en día indispensables para el ejercicio de la enfermería clínica con estándares de calidad<sup>25</sup>.

El saber manejar los protocolos NANDA, NOC y NIC<sup>10,20</sup>, permite al enfermero sistematizar su labor, brindar una mejor calidad de atención y mejorar los resultados de los pacientes quemados, con lo cual se reducirían las tasas de mortalidad. El procedimiento consiste en diagnosticar a través de NANDA, establecer criterios de resultados a través de NOC y seguidamente plantear las intervenciones que sean necesarias con NIC<sup>11,22</sup>. La sistematización de este procedimiento da lugar a unos cuadros que el enfermero debe utilizar en su práctica diaria, sea que se encuentra con el paciente en la etapa inicial o ya hospitalizado porque hay sido diagnosticado como paciente GQ.

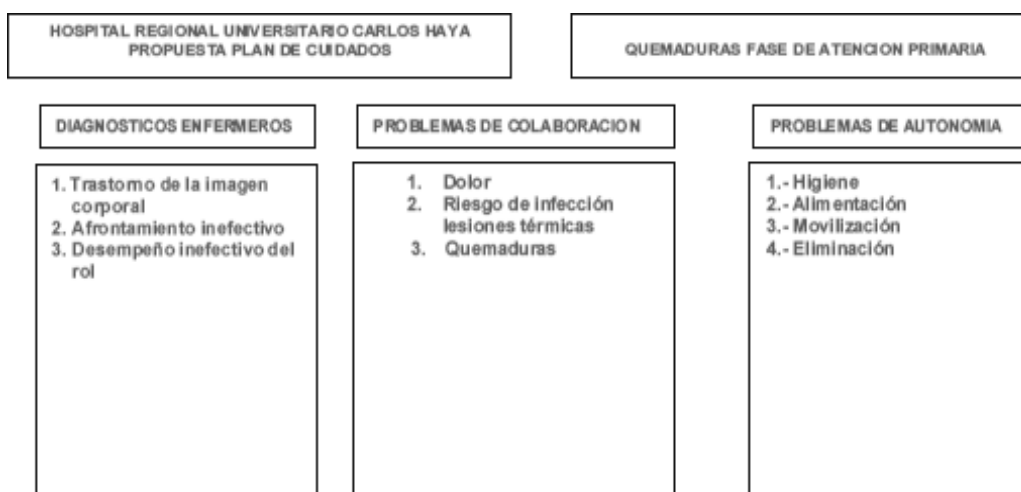
#### **4.3.1. Etapa inicial (valoración)**

La etapa inicial probablemente haya que vincularla con la valoración médica, tomando en cuenta el Protocolo ATLS, que contempla los siguientes aspectos desde el punto de vista médico:

- a) Vía aérea con control de columna cervical.
- b) Ventilación.
- c) Circulación.
- d) Déficit neurológico.
- e) Exposición de las áreas lesionadas con control de la temperatura.
- f) Reposición de líquidos.
- g) Estudios especiales.
- h) Clasificación de las lesiones.

Ya con el paciente en urgencias, deben completarse la atención primaria con:

- a) Historia clínica
- b) Existencia de comorbilidad.



- c) Diagnóstico de profundidad y extensión de las lesiones.
- d) Analgesia y sedación (sobre todo si hay intubación).
- e) Cateterismo urinario con monitoreo de diuresis.
- f) Exámenes básicos de biometría hemática, gases arteriales, electrolitos plasmáticos, examen de orina, perfil bioquímico, clasificación grupo y Rh, radiografía de tórax, electrocardiograma.
- g) Niveles de carboxihemoglobina COHb (si corresponde).
- h) Protección a la contaminación.
- i) Evitar la hipotermia (<35°C).
- j) Evaluación secundaria para detectar y manejar lesiones asociadas con indicación de escarotomía de urgencia.
- k) Reanimación con volumen en primera atención.

En el caso de la valoración inicial de enfermería, el proceso de levantamiento de la información sobre las características de las quemaduras y otros datos de interés sobre el estado de salud general del paciente quemado irán de la mano con lo anterior, en caso de que el paciente haya sido trasladado a urgencias. Se recomienda<sup>22</sup>:

- Reunir información sobre la naturaleza de la emergencia, lugar y agente causante del accidente.
- Identificar la afección principal.
- Atender las afecciones que amenazan la vida.
- Evaluar lesiones asociadas y situaciones concomitantes.
- Participar en la determinación de las prioridades de tratamiento inicial.
- Controlar los signos vitales en todo momento.

Un ejemplo de cómo podría registrarse la información durante la atención primaria, se presentaría en la siguiente figura

**Figura 3. Registro de valoración en la atención primaria.** Fuente: Perez Boluda et al<sup>22</sup>.

#### 4.3.2. Diagnóstico

En esta fase se podrá en evidencia el manejo de la taxonomía NANDA por parte del profesional de la enfermería, ya que en ella es donde se requiere ser minucioso y cauteloso en la búsqueda de los códigos y etiquetas correspondientes a cada afección o complicación que pueda presentarse en el paciente quemado.

Una manera de registrar el diagnóstico para poder avanzar hacia las siguientes etapas, podría ser según lo indicado en la Figura 4.

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA PLAN DE CUIDADOS		UNIDAD DE QUEMADOS	
DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	PROBLEMAS DE COLABORACION	PROBLEMAS DE AUTONOMIA	
1.- Ansiedad 2.- Temor 3.- Afrontamiento inefectivo 4.- Trastorno de la imagen corporal 5.- Conocimientos deficientes 6.- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 7.- Desempeño inefectivo del rol	1.- I / Q 2.- Dolor 3.- Riesgo de infección herida quirúrgica / lesiones térmicas 4.- Quemaduras 5.- Riesgo de complicaciones respiratorias 6.- Deterioro de la deglución 7.- Riesgo de infección 8.- Riesgo de alteración del equilibrio hidroelectrolítico 9.- Hipotermia 10.- Hipertermia 11.- Estreñimiento 12.- Riesgo de desnutrición 13.- Riesgo de hemorragia secundaria a escarotomía 14.- Insomnio 15.- Prurito 16.- Riesgos derivados de procedimientos invasivos: a. Vía venosa b. Sondaje vesical c. Sondaje nasogástrico	1.- Higiene 2.- Alimentación 3.- Movilización 4.- Eliminación	

Figura 4. Registro de observaciones en fase de diagnóstico en la unidad de quemados.

Fuente: Pérez Boluda et al<sup>22</sup>

### 4.3.3. Planificación

Una vez ejecutada la fase de diagnóstico, llega el momento de planificar los siguientes pasos, conforme a lo indicado en las pautas generales acerca del protocolo NNN. El registro de lo observado daría lugar al establecimiento de la ruta de tratamiento, que estaría enfocada en precisar el diagnóstico NANDA, luego establecer los criterios NOC y sucesivamente las intervenciones NIC.

Cada aspecto observado en el diagnóstico, da lugar al menos a un criterio NOC y a una intervención NIC, lo que implica el llenado de tantos instrumentos como situaciones observadas, para poder diseñar el plan de atención integral. Un ejemplo de cómo hacerlo cuando se trata del diagnóstico "Deterioro de la integridad cutánea" se presenta a continuación en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Deterioro de la integridad cutánea.

DIAGNÓSTICO NANDA	CRITERIOS NOC	ESCALA	INTERVENCIONES NIC
<b>00046</b> <b>Deterioro de la integridad cutánea</b>	<b>1103</b> Curación de la herida por segunda intención	<b>(H)</b> De extenso a ninguno	<b>Intervenciones primarias</b>
R / C Factores externos <input type="checkbox"/> Llama Escaldadura Sólido caliente Sust. químicas Corriente eléctrica	110304 Resolución de la secreción serosa  110307 Resolución del eritema cutáneo		3661 Cuidados de las heridas: quemaduras 3584 Cuidados de la piel  1er grado: crema hidratante, corticoide durante los 2-3 primeros

Deflagración	110310	1. Extenso	días y frío local.
Frío Radiación	Resolución de las	2. Sustancial	2do grado superficiales:
Radiactividad	ampollas	3. Moderado	lavado estéril y cura
		4. Escaso	oclusiva con sulfamida
		5. Ninguno	argéntica, retirando el
			techo de la flictena.
M / P Alteración de la			2do grado profundas:
superficie de la piel			desbridación del tejido
1er grado			necrosado, cubrir con
2do grado			injerto de piel o colgajos.
3er grado			3er grado: lavado estéril,
			tratamiento quirúrgico
			(escarectomía o
			fasciotomía), cura oclusiva
			con sulfamida argéntica y
			nitrate de cerio, cubrir con
			injertos de piel de forma
			parcial ototal o colgajos
			según la
			zona

**Intervenciones complementarias**

1400 Manejo del dolor

Fuente: Pérez Boluda et al<sup>11</sup>, De la Fuente<sup>10</sup>

Otros ejemplos de la planificación que se realiza en el plan de actuación, se ofrecen a continuación como cuadros similares al anterior, con la intención de dejar claridad en esta fase tan importante. El cuadro 7 corresponde al déficit de volumen de líquidos y el cuadro 8 al desequilibrio nutricional.

**Cuadro 7. Déficit de volumen de líquidos.**

DIAGNÓSTICO NANDA	CRITERIOS NOC	ESCALA	INTERVENCIONES NIC
<b>00027</b> <b>Déficit de volumen de líquidos</b>	<b>0601 Equilibrio hídrico</b>	<b>(H) De extenso a ninguno</b>	<b>Intervenciones primarias</b>
<input type="checkbox"/> Disminución del líquido intravascular	Equilibrio de agua en los compartimentos	1. Extenso	4120 Manejo de líquidos
<input type="checkbox"/> Disminución del líquido intersticial	intracelulares y extracelulares del organismo	2. Sustancial	Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.
<input type="checkbox"/> Disminución del líquido intracelular		3. Moderado	
		4. Escaso	
		5. Ninguno	

Colocación de sonda vesical para el control de diuresis. Infundir 3-4 ml de Ringer lactato por kg y por % de SCQ. En las primeras 8 horas la mitad del volumen calculado y la otra mitad en las siguientes 16 horas.

4130 Monitorización de líquidos  
En adultos: chequear volumen de orina (debe ser mínimo de 0,5 ml/kg/hora).

Monitorear:

- Edema pulmonar
- Retraso en la cicatrización
- Hipertensión intraabdominal
- Neumonía
- Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
- Sepsis
- Fallo multiorgánico

**Intervenciones complementarias**

0224 Terapia de ejercicios de movilidad articular

Fuente: De la Fuente<sup>10</sup>

**Cuadro 8. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades**

DIAGNÓSTICO NANDA	CRITERIOS NOC	ESCALA	INTERVENCIONES NIC
<b>00002 Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas</b>	<b>1004 Estado nutricional</b>	<b>(H) De extenso a ninguno</b>	<b>Intervenciones primarias</b>
	Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades	1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno	1120 Terapia nutricional Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está desnutrido o con alto riesgo de desnutrición.

metabólicas	<p>Cálculo de la ingesta calórica diaria                  Valoración del tipo de nutrición para el paciente (En general, la vía digestiva es la que debemos usar de forma preferente (nutrición oral/enteral))</p>
	<p>4130 Monitorización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diariamente chequear el balance nitrogenado</li> <li><input type="checkbox"/> Asegurar que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento</li> </ul>

Fuente: De la Fuente<sup>10</sup>

Otras afecciones relativamente frecuentes que darían lugar a cuadros similares para la atención al quemado son:

- Diagnóstico NANDA: Riesgos de infección (00004): Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.
  - NOC: Curación de las quemaduras (1106): Grado de curación de una quemadura.
    - NIC: Protección contra las infecciones (6550): Prevención y detección precoz de la infección en pacientes de riesgo<sup>10</sup>.
- Diagnóstico NANDA: Dolor agudo (00132): Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.
  - NOC: Nivel de dolor (2102): Intensidad del dolor referido o manifestado.
    - NIC: Administración de analgésicos (2210): Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.
  - NOC: Control del dolor (1605): Acciones personales para eliminar o reducir el dolor.
    - NIC: Administración de medicamentos (2300): Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación<sup>10</sup>.
- Diagnóstico NANDA: Deterioro de la integridad de la mucosa oral (00045): Deterioro de la integridad de la mucosa oral.
  - NOC: Salud oral (1100).
    - NIC: Restablecimiento de la salud bucal (1730): Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal<sup>10</sup>.
- Diagnóstico NANDA: Temor (00148): Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.
  - NOC: Nivel de miedo (1210): Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.
    - NIC: Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618): Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente por un procedimiento o tratamiento prescrito.

- NOC: Autocontrol del miedo (1404): Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarias a una fuente.
  - NIC: Apoyo emocional (5270): Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión<sup>10</sup>.

#### **4.3.4. Implementación**

Los pasos a seguir en esta etapa estarían estipulados en la etapa previa de planificación del PAE y se corresponde con las intervenciones NIC que han sido predefinidas. El tratamiento tendrá lugar en el paciente quemado, según dicha planificación y tendrá la duración que tanto el especialista médico como el profesional de enfermería consideren. Es importante tener presente que en todos los pacientes es necesaria la vigilancia del nivel de conocimiento, el estado respiratorio, la frecuencia y el ritmo cardíaco, los signos vitales y la saturación de oxígeno, como parte de la rutina diaria de enfermería, indistintamente que haya un diagnóstico relacionado a las áreas vitales o aspectos específicos de la valoración ABCDE: vía respiratoria, respiración, circulación, discapacidad y exposición/control ambiental<sup>27</sup>:

- Vía aérea (Airway). El mantenimiento de la vía respiratoria tiene prioridad máxima, especialmente si el paciente ha sufrido una lesión por inhalación.
- Respiración (Breathing). Se debe determinar la idoneidad de la ventilación mediante la valoración de la frecuencia respiratoria del paciente y de la profundidad de sus movimientos respiratorios, al tiempo que se observa si presenta disnea.
- Circulación (Circulation). Descartar la existencia de una hemorragia arterial. Valorar la presencia, simetría, amplitud, frecuencia y ritmo de los pulsos; evaluar el tiempo de relleno capilar y la coloración y la temperatura cutáneas.
- Discapacidad (Disability). Utilizar la escala AVPU (Alert (alerta), Verbal (verbal), Pain stimulus (estímulos dolorosos), Unresponsive (falta de respuesta)) para determinar el nivel de conocimiento del paciente y evaluar con detalle cualquier alteración en este sentido.
- Exposición/control ambiental (Exposure/environmental). Retirar con suavidad la ropa y joyas del paciente, gafas y cualquier otros elementos que pueda causar lesión tisular sostenida<sup>27</sup>.

También es necesario llevar un control de posibles lesiones asociadas como el traumatismo craneal, el neumotórax o las fracturas; y afecciones concomitantes previas declaradas o que se sospechen<sup>27</sup>.

#### **4.3.5. Evaluación**

En esta fase, corresponde validar si gracias a las intervenciones se alcanzaron los criterios NOC previamente fijados. Se trata de un proceso comparativo que conduce a una respuesta precisa de si se alcanzaron o no los criterios NOC, lo que dará lugar a valorar si las intervenciones fueron las apropiadas al diagnóstico realizado. De acuerdo a Medina Cervantes: “La correcta implementación del proceso de atención de enfermería conlleva un beneficio al paciente con quemadura, ya que las intervenciones estarán encaminadas al cumplimiento de los objetivos estipulados, de una correcta valoración de las necesidades humanas, elevando la calidad de los cuidados de enfermería, contribuyendo a la disminución de complicaciones y rehabilitación; trayendo consigo la pronta recuperación y disminuyendo su estancia hospitalaria teniendo como consecuencia un costo-beneficio para la familia del usuario y la institución”<sup>20</sup>.



El registro de toda la información es tan importante, en cualquiera de las etapas del proceso de atención de enfermería, que resulta ser un aspecto que coadyuva a que el paciente quemado pueda recuperarse eficientemente. Esta práctica es especialmente necesaria en la unidad de quemados o en terapia intensiva y determina un buen comportamiento y un buen nivel de profesionalismos del equipo de enfermería. Esto que se conoce como el reporte de enfermería se caracteriza por ser un evento diario de rutina que se realiza en la mañana, la tarde y la noche, siendo indispensable en el cambio de turno, para garantizar la continuidad y la asistencia de los elementos necesarios para la atención del paciente, sobre todo registrando cualquier cambio que hay ocurrido<sup>28</sup>.

Algunas técnicas novedosas son recomendables en este sentido, encontrando en la literatura consultada la Técnica SBAR para el reporte de enfermería, como una de las más recomendadas. Sus siglas vienen del inglés: *Situation, Background, Assessment y Recommendation* y consiste en una serie de preguntas rápidas vinculadas con la situación, los antecedentes, la evaluación y la recomendación, que pueden garantizar que el personal comparta información concisa del paciente y el proceso de atención. Permite comunicarse de manera eficaz, reduciendo las repeticiones y los errores de interpretación. SBAR se puede utilizar en cualquier entorno, pero puede ser particularmente eficaz para reducir la barrera de la comunicación efectiva entre diferentes disciplinas y entre diferentes niveles de personal<sup>28</sup>.

Por último, cabe destacar que existen intervenciones especiales que podrían ser necesarias en el paciente quemado, que, si bien pueden ser objeto de otras investigaciones relacionadas con la atención específica de la enfermería quirúrgica, se mencionan a continuación dada su importancia. Se trata de la escarectomía, un procedimiento que consiste en el retiro de la escara, un tejido no funcional, para la epitelización de la lesión, que se considera temprana si se realiza antes de los 5 días después de la quemadura<sup>29</sup>.

La escarectomía podría traer grandes beneficios tanto al paciente como al centro hospitalario. El autor consultado indica que los beneficios observados fueron principalmente para el tratamiento con escarectomía temprana, pues en estos pacientes hubo un menor requerimiento de injertos, menos dolor, se redujeron los procesos infecciosos y la estancia hospitalaria también fue menor, comparativamente con quienes recibieron el tratamiento después de los primeros 5 días, pues hubo mayor presencia de infecciones y dolor, alargando con ello la estancia dentro del centros siendo así, esta evidencia permite afirmar que los tratamientos especiales en el paciente quemado son necesarios e indispensables de aprender por el profesional de enfermería<sup>29</sup>.

Existen un proceso de atención de enfermería que no puede dejar de mencionarse, como es el de atención extrahospitalaria, generalmente ofrecido cuando el paciente es dado de alta del centro y requiere seguir algún tratamiento una vez finalizada su estancia en el hospital. Dicho tratamiento podría dejarse indicado al paciente que requiere seguir alguna rutina importante, como puede ser la administración de algún medicamento. Sin embargo, se da el caso que, en el accidente, un quemado requiera de atención extrahospitalaria antes de ser llevado al hospital. La literatura consultada permite reconocer que, ante un paciente con quemaduras que aún no haya sido trasladado, lo más importante es "mantener la vía aérea permeables, asegurar la ventilación y función circulatoria adecuada, control neurológico y evitar la hipotermia"<sup>30</sup>.

Otro aspecto que podría adelantarse es el drenaje de las flictenas en pacientes con quemaduras intermedias, a fin de poder valorar adecuadamente su extensión y mejorar la eficacia terapéutica de los productos utilizados a posteriori. Esto se relaciona de alguna manera con lo

que se denomina atención temprana y garantiza la reducción del dolor, de las infecciones secundarias y podría reducir también el tiempo de hospitalización del paciente. Todo profesional de la enfermería debe colaborar en esto, de llegar a estar presente en un accidente donde haya pacientes quemados, pues actuar a tiempo definitivamente siempre va a mejorar la condición de salud integral de la persona afectada<sup>30</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

A la luz de todas las investigaciones consultadas y tomando en cuenta los objetivos de la presente investigación, se puede afirmar que se pudo lograr presentar una categorización objetiva de la información sobre los términos de quemaduras y atención de enfermería, que satisficiera la interrogante inicial y dejara evidencia de que existe abundante literatura actualizada, de autoridad, dentro de la región y en idioma español, que además es pertinente y necesaria para incrementar los conocimientos del futuro especialista de la enfermería.

En función de lo anterior, se logró describir las características de las lesiones por quemaduras, según profundidad, extensión, fisiopatología, criterios de gravedad y factores de riesgo. En este sentido, destaca la caracterización del Doctor Benaim<sup>3</sup> como principal aporte que dio la estructura de base, sin desmerecer las investigaciones que se utilizaron para enriquecer dicha caracterización.

Asimismo, se logró identificar las principales complicaciones derivadas de la atención primaria y del diagnóstico inadecuado, sobre todo en lo relativo al síndrome del gran quemado. En este sentido, efectivamente existe abundante información útil y meritoria de ser consultada, siendo este objetivo el que más ampliamente fue desarrollado en esta investigación al contar con datos bibliográficos muy valiosos, considerados indispensables, tanto su mención como en su tratamiento y análisis.

Finalmente, se logró establecer las pautas generales y los cuidados específicos por etapa de atención en la actuación de enfermería ante pacientes quemados. Dividir la información por las cinco etapas del proceso de atención permitió enfocar lo que debe ser más importante en cada una de ellas y, sobre todo, diferenciar la valoración inicial del diagnóstico; siendo esto último lo que determina el éxito de las actividades a realizar en las etapas subsiguientes: planificación, implementación y evaluación. Fue además muy importante detallar la planificación con el uso del protocolo NNN, conocer su modo de aplicación en los formatos y comprender la importancia del reporte de enfermería en la etapa de evaluación.

## **6. DISCUSIÓN**

Se pudo leer en varios de los artículos que “no existe un consenso internacional respecto a las mejores medidas para el manejo de los pacientes quemados”<sup>10</sup>. Esto se considera como un reto que todavía está en proceso de ser alcanzado, así como una oportunidad para que los nuevos especialistas en el área se enfoquen en consensuar las intervenciones, a partir de un manejo ético y profesional de sus actividades.

Algunos autores coinciden al decir que el manejo del paciente quemado debe ser individualizado y multidisciplinar, lo cual favorecería la recuperación del paciente al evitar complicaciones y largas estadías, como también permitiría que en los centros hospitalarios se evitara la aglomeración en las unidades de quemados y se optimen los recursos. Esto es especialmente corregible a partir de reportes precisos, correctos y oportunos, que demuestran el dominio en el manejo del protocolo NNN. Unido al uso de técnicas confiables como la SBAR, es factible que la práctica de la atención de enfermería sea cada vez mejor, lo que pasa por asumir el compromiso ante la noble labor que cumplimos por los pacientes en los centros sanitarios. Sin esto, todo quedaría en formatos llenos por cumplir. Nada más lejos de lo que debería ser la profesión de la enfermería.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Lineamientos para la prevención y atención integral de personas con lesiones por quemadura. 2020. Perú: Dirección General de Intervenciones de Salud Pública. p. 27. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1123547/rm-883-2020.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Quemaduras. Datos y cifras, 2018. Página oficial. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
3. Benaim F. Contribución a la identificación de las quemaduras según su profundidad, evaluación de su gravedad (global y regional), y a formular un diagnóstico y pronóstico (presuntivo y definitivo). [Trabajo presentado como conferencia grabada en el Congreso de la FELAQ realizado entre el 3 y el 5 de Noviembre de 2021 en Bogotá, y también en idioma inglés en el Meeting of "Burn Care and Fire Disasters", en Ankara (Turquía) 04/11/21]. Argentina: Fundación Benaim, Revista Argentina de Quemaduras, Volumen 32 - Nº 1, 2022, p.10. Disponible en: <http://raq.fundacionbenaim.org.ar/vol-32-Abril-2022/RAQ-2022-CLASIFICACION-DE-LAS-QUEMADURAS.pdf>
4. Gómez-Pesquera, E. Gran Quemado. Universidad de Valladolid, Departamentode Cirugía, Unidad Docente de Anestesiología y Medicina Crítica. Biocritic.es, 2020. Disponible en: <https://biocritic.es/wp-content/uploads/2020/03/Paciente-Gran-quemado-.pdf>
5. Alfonso, I. (1995). Técnicas de investigación bibliográfica. Caracas: Contexto Ediciones.
6. Jiménez Serrano R, García Fernández F. Manejo de las quemaduras de primery segundo grado en atención primaria. España: Gerokomos. 2018; 29(1): 45-51. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n1/1134-928X-geroko-29-01-45.pdf>
7. Domínguez Pérez, C. Atención de urgencia y cuidados de enfermería en un paciente quemado. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería de Soria, 2019. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39077/TFG-O-1728.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Olaya López C, Palomino H, Padilla Constante K. Cuidados de enfermería al paciente que ha sufrido una quemadura. (Generación de contenidos impresos N.º 1). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.16925/gcgp.44>
9. Rodríguez-Vargas M. Prevalencia y variables asociadas a la comorbilidad de trastornos mentales en pacientes quemados. Cuba: Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Arch méd Camagüey. 2022; 26 (1): e8004, Artículo original, ISSN 1025-0255. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v26/1025-0255-amc-26-e8004.pdf>
10. De la Fuente A. Cuidados de enfermería en la unidad de quemados críticos [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2020. P.31. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41936/TFG-H1889.pdf?sequence=1>
11. Pérez Boluda M, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, De Haro Padilla J. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011. P. 120. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2019/01/GPC\\_485\\_Quemados\\_Junta\\_Andalucia\\_completa.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2019/01/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf)

12. Del Moral M. Actuación de enfermería para prevenir infecciones en el paciente gran quemado. Revisión bibliográfica. [Trabajo fin de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2019. P. 36. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39113/TFG-O-1748.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. López Domene E. Atención al paciente gran quemado: análisis y discusión. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Almería. Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia División de Enfermería y Fisioterapia, 2013. p. 17. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2446/Trabajo.pdf?sequence=>
14. Díez Zaballa O, Ruiz Pereda V, Ramos Peña F, Regúlez Campo V, Larizgoitia Elejalde Z, Sánchez Rubio P. La enfermera clínica en una unidad de grandes quemados. España: Organización Sanitaria Integrada Euzkeraldea – Enkarterri – Cruces. Revisión, Bizkaia, Volumen 11 nº 4 Heridas y Cicatrización. Diciembre 2021. Disponible en: [https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2021/DICIEMBRE\\_2021/3\\_REV1\\_SEHER11.4.pdf](https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2021/DICIEMBRE_2021/3_REV1_SEHER11.4.pdf)
15. Vázquez Outeiriño M. Cuidados de enfermería en la unidad de quemados críticos. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Valladolid, Grado en Enfermería, Facultad de Enfermería de Valladolid. 2020. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41936/TFG-H1889.pdf?sequence=1>
16. Méndez Hoyos P. Manejo del paciente quemado adulto y pediátrico en UCI. España: NPunto Vol. V Número 57. Diciembre 2022: 125-150. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/63ac1e4af360aart6.pdf>
17. Vega Reyes K. Satisfacción del paciente quemado con el cuidado que brinda el enfermero, servicio de quemados, Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería. mayo - junio, 2019. P.59. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5529/Vega\\_%20ORKM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5529/Vega_%20ORKM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Ambrosioni M, Telechea H, Cristiani F, Manaro B, Pizarro M, Menchaca A. Propuesta de tratamiento del gran quemado en la unidad de cuidados intensivos del CHPR. Hospital Central Pereira Rosell. Uruguay: Archivos de Pediatría del Uruguay 2018; 89(2). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v89n2/1688-1249-adp-89-02-129.pdf>
19. Villalobos Carhuatanta F. Actitud de la enfermera respecto al dolor de pacientes quemados. Hospital Docente Las Mercedes. [Tesis]. Perú: Universidad Señor de Sipán. Facultad de Ciencias de la Salud. 2018. P.64. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7192/Villalobos%20Carhuatanta%20Fiorella.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Medina Cervantes A. Proceso atención enfermería en paciente gran quemado [Tesis segunda especialidad]. México: Universidad Autónoma de Guerrero, Unidad Académica de Enfermería Nº 2; 2021. P.83. Disponible en: [http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2430/TE\\_10220705\\_21.pdf?sequenc](http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2430/TE_10220705_21.pdf?sequenc)

- [e=1&isAllowed=y](#)
21. Lemus-Lima E, Hernández-Pérez R, Izquierdo-Machín E, Espinosa-Aguilar A, Señán-Hernández, N. Parametrización de cuidados de enfermería para satisfacer necesidades humanas en personas con lesiones por quemaduras. Rev Cubana Enfermer vol.37 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2021 Epub 25-Nov-2021. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n3/1561-2961-enf-37-03-e4285.pdf>
  22. Pérez Boluda M, Lara Montenegro J, Ibañez Mata J, Cagigal González L, León Llerena C, Guía de actuación ante el paciente quemado. Andalucía: Hospital Regional Universitario Carlos Haya Málaga; 2006. P.52. Disponible en: [https://es.scribd.com/document/436614631/0Guia-de-actuacion-ante-el-pacient e-quemados-desbloqueado-pdf#](https://es.scribd.com/document/436614631/0Guia-de-actuacion-ante-el-pacient-e-quemados-desbloqueado-pdf#)
  23. Enfermería Actual. Taxonomía NANDA. Listado actualizado e historia. 2020. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/>
  24. Enfermería Actual. Dominios NOC. Criterios de Resultados de Enfermería. (CRE). 2022. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/dominios-noc/>
  25. Enfermería Actual. Intervenciones NIC en Enfermería. Nursing Interventions Classification 2022. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-intervenciones-nic-en-enfermeria/>
  26. NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermería. Definiciones y clasificación. 2021–2023. Duodécima edición. Versión electrónica. Disponible en: [https://www.academia.edu/80127385/NANDA\\_21\\_?auto=download](https://www.academia.edu/80127385/NANDA_21_?auto=download)
  27. Ramírez Meza P, Moreira Vera J, Mora Solís C, Corozo Ayoví X. Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado. Recimundo VOL. 5, Suplemento 1, 2021. Ecuador: Saberes del Conocimiento; Universidad Yachay Tech. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1340>
  28. Pariona Rosas S. Cumplimiento del reporte de enfermería según la técnica SBAR en la unidad de cuidados intensivos quemados de un instituto especializado Lima, 2019. [Tesis de posgrado], Perú: Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, 2019. P.78. Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3053/Stefanny Trabajo Especialidad 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3053/Stefanny_Trabajo_Especialidad_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  29. García Pichardo Y. Beneficios de la escarectomía temprana y tardía enpacientes gran quemados. [Tesis de maestría]. México: UniversidadAutónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM, Zumpango, Maestría en Enfermería Quirúrgica, 2021. p. 106. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/112777/TESIS%20BENEFICIOS%20DE%20LA%20ESCARECTOMIA%20TEMPRANA%20Y%20TARDIA%20EN%20PACIENTES%20GRAN%20QUEMADOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  30. Arroyo Ruiz LM, Grueso Alcántara FJ. Atención de enfermería extrahospitalaria ante el paciente con quemaduras y manejo de las flictenas. Ciberrevista Enfermería de urgencias. [Internet]. 2016, 4 (48): 47-55. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2016/pagina7.html>

"Plan de Actuación de Enfermería ante Pacientes Quemados" es una obra exhaustiva que presenta un enfoque integral para el cuidado de pacientes afectados por quemaduras. Este libro guía a los profesionales de enfermería a través del diseño y aplicación de un plan de cuidados específicamente adaptado a las necesidades de los pacientes quemados. Desde la evaluación inicial hasta las intervenciones terapéuticas y el seguimiento a largo plazo, cada fase del tratamiento se aborda con detalle. Se exploran técnicas avanzadas de curación de heridas, terapias de manejo del dolor y estrategias emocionales para enfrentar los desafíos psicológicos asociados con las quemaduras. El libro, respaldado por evidencia científica y experiencia clínica, se presenta como una herramienta esencial para enfermeros y profesionales de la salud comprometidos con la atención integral y efectiva de pacientes quemados.