

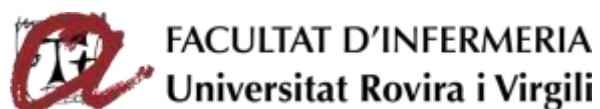
Mirian Linares Lucas

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUEMADO.
UNA VISIÓN INTEGRADORA.**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por: Dra. Encarna Bonfill Accensi

Enfermería



Facultad de enfermería

TORTOSA 2018

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: Mirian Linares Lucas		
DNI: 54201710-W	Adreça: Av. Generalitat N° 141 3º-Izq.	
Codi postal: 43500	Població: Tortosa	Tel. Fix:
Tel. Mòbil: 678154843	Adreça electrònica URV: miriam.linaresl@estudiants.urv.cat	

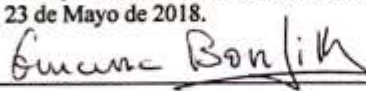
EXPOSO
Que he finalitzat el procediment d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: Atención de enfermería al paciente quemado. Una visión integradora.
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: Encarna Bonfill Accensi
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En Tortosa , 22 de Mayo de 2018.

(signatura)



EL/LA TUTOR/A:
Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau
Data i signatura: 23 de Mayo de 2018.


EL/LA COORDINADORA/A: Data de recepció i signatura

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mis padres, porque gracias a ellos voy a poder dedicarme a profesión que he elegido y con la que me siento tan identificada. Gracias por todo el apoyo y el sacrificio durante estos 4 años porque sin vosotros no hubiera sido posible.

En segundo lugar, a mi tutora Encarna. Gracias por estar disponible, por ayudarme y sobre todo por ofrecerme ese confort que es tan necesario en momentos de flaqueza.

Y en último lugar, a mi enfermera supervisora, Nati. Gracias por aportarme tantos conocimientos en tan poco tiempo durante prácticas, los cuales he empezado a reflejar en este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	7
2. MARCO CONCEPTUAL.....	10
2.1. EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS	10
2.2. DEFINICIÓN DE QUEMADURA	11
2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS	12
2.3.1. Según el agente causal	12
2.3.2. Según la gravedad de la quemadura.	14
2.3.3. Según la profundidad.....	15
2.3.4. Según la Asociación Americana de Quemaduras.....	17
2.4. FISIOPATOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS	17
2.5. ALGORITMO DE ACTUACIÓN.....	19
2.6. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE UN PACIENTE QUEMADO	21
2.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN LA TERMINOLOGÍA ATIC.....	22
3. OBJETIVOS	27
4. METODOLOGÍA.....	28
4.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	29
5. RESULTADOS.....	32
5.1. ESQUEMAS DE RESULTADOS	32
5.2. TABLA DE RESULTADOS	34
6. ANÁLISIS.....	39
6.1. IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL PACIENTE QUEMADO.....	39
6.2. LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA COMO FACTOR CLAVE EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO.....	41
6.3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO DEL PACIENTE QUEMADO.	42
6.4. SENTIMIENTOS QUE EXPERIMENTAN LAS ENFERMERAS DURANTE EL CUIDADO DEL PACIENTE QUEMADO.....	43
7. CONCLUSIÓN	45
8. LIMITACIONES.....	45
9. PROPUESTA DE MEJORA.....	46
10. BIBLIOGRAFÍA.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Signos y síntomas en función del porcentaje de carboxihemoglobina.....	13
Tabla 2. Clasificación de las quemaduras según la Asociación Americana de Quemaduras y lugar de tratamiento.....	17
Tabla 3. Problemas reales en el paciente quemado según ATIC	23
Tabla 4. Riesgo en el paciente quemado según ATIC	24
Tabla 5. Puntos clave del marco conceptual	26
Tabla 6. Descripción de los artículos seleccionados.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Regla de Wallace	14
Figura 2. Quemadura de 1 ^{er} grado	15
Figura 3. Quemadura de 2 ^o grado.....	15
Figura 4. Quemadura de 3 ^{er} grado	16
Figura 5. Proceso de búsqueda de artículos en Cuiden	30
Figura 6. Proceso de búsqueda de artículos en Scopus	30
Figura 7. Proceso de búsqueda de artículos en CINAHL	31
Figura 8. Proceso de búsqueda de artículos en PubMed	31
Figura 9. Artículos seleccionados en función de la base de datos.....	32
Figura 10. Artículos seleccionados en función del año de publicación	33
Figura 11. Artículos seleccionados en función de la metodología	33
Figura 12. Artículos seleccionados en función del subárea temática.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS. Organización Mundial de la Salud.

SCQ. Superficie Corporal Quemada.

SCT. Superficie Corporal Total.

ATIC. Arquitectura, Terminología, Interfase-enfermera-información y Conocimiento.

RESUMEN

Introducción: Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, que según la OMS provocan alrededor de 180.000 muertes al año. Se definen como traumatismos, provocados por uno o varios agentes físicos que destruyen la piel y los tejidos adyacentes produciendo desde una lesión relativamente superficial, hasta una pérdida extensa y severa de la piel que puede alterar las diferentes funciones del cuerpo humano.

Objetivo: Revisar la literatura existente sobre la atención de enfermería a los pacientes con quemaduras graves.

Metodología: Búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos Cuiden, PubMed, Cinalh y Scopus, con artículos de antigüedad máxima de 10 años, escritos en inglés, español y portugués.

Resultados: De todos los artículos encontrados, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se hizo una selección de 15 artículos para el estudio.

Conclusiones: Los cuidados que requiere el paciente quemado son complejos y difíciles de abarcar emocionalmente, por lo que los enfermeros deberán contar con una formación profesional constante y tendrán que establecer estrategias de afrontamiento para tratar los sentimientos negativos que estos pueden generarles. Además, para brindar una recuperación efectiva, será necesario abarcar al paciente quemado desde una perspectiva multidisciplinaria y brindar unos cuidados psicológicos constantes.

Palabras claves: Quemado, quemadura, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Skin burns represent a worldwide problem in public health. According to WHO, it causes around 180.000 death per year. They are defined as injuries caused by one or several physical agents which destroy the skin and adjacent tissue. These facts might produce a superficial lesion or even lost an extensive amount of skin altering the different human body functions.

Main goal: To review the existing information and data about nursing and care of severe burn injury patients.

Methodology: An exhaustive searching was realized in different data base as Cuiden, PubMed, Cinalh and Scopus, using recently articles written in English, Spanish and Portuguese.

Results: Once inclusion/exclusion criteria were applied, a total of 15 articles were selected for this searching.

Conclusions: A severe burn injury patient care is difficult and complex to cover emotionally speaking. This is why nurses must have some continuous training and establish some strategies to confront any negative feeling which might emerge. In addition, nurses must be trained in different areas in order to give an optimum recovery to patients.

Key words: Burned, burn, nursing.

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La atención de enfermería y la calidad de la misma, ha evolucionado y sigue haciéndolo cada día más, nutriéndose de conocimientos y habilidades más específicos en la profesión. Dichos conocimientos se acentúan y se concretan aun más en el ámbito de atención a un paciente crítico, donde la vida de este, presenta un riesgo significativo.

Especialmente, en el estado de un paciente crítico por quemaduras, el papel que desempeña la enfermera es primordial e imprescindible. Estos pacientes están expuestos a una larga recuperación, lo que llevará a un contacto prolongado con la enfermera. Es por ello, que esta tiene que ayudar al paciente no solo a sobrevivir con sus conocimientos y habilidades, sino a superar esta grave lesión (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004).

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, que según la Organización Mundial de la Salud provocan alrededor de 180.000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en países de ingreso bajo y mediano. A diferencia de en los países de ingreso alta, cuyas tasas de mortalidad por quemaduras han ido disminuyendo progresivamente (OMS, 2018).

Se estima que por cada 100.000 habitantes, alrededor de 300 personas sufren cada año quemaduras que requieren atención sanitaria, lo que trasladándolo a nuestro entorno supone que unos 120.000 españoles sufren algún tipo de quemadura cada año (Pérez M.T., Martínez, Pérez L. & Padilla, 2011).

La hospitalización secundaria a quemaduras se estima en 14 casos por cada 100.000 habitantes y año, por lo tanto se estima que cada año 5.500 españoles son ingresados por este motivo, y solo una pequeña parte de ellos requieren cuidados intensivos (Curiel, Prieto, Fernández M.A., Fernández O., Mora & Delgado, 2006).

Es necesario conocer, que alrededor del 60% de quemaduras se producen en el ámbito doméstico y entre el 10 y el 15% en laboral (Pérez M.T.et.al., 2011). Además, según la OMS, las tasas de muerte por quemaduras son ligeramente mayores en mujeres que en hombres y respecto a la edad, junto a las mujeres adultas, los niños son especialmente vulnerables (OMS, 2018).

Es por ello que observando y analizando dichos datos epidemiológicos se puede llegar a la conclusión de que realmente las quemaduras constituyen un problema de salud

que afecta y compromete significativamente a la población, y donde, por tanto, el papel de enfermería es especialmente relevante.

Al tratarse de una situación tan grave, la enfermera que acompañará durante la mayor parte del proceso al paciente en esta situación, debe precisar de una formación única y completa para poder abarcar al paciente no solo físicamente, si no psicológicamente y sin olvidar al entorno que lo rodea.

Personalmente el ámbito de los pacientes críticos me ha causado siempre una especial atención, pero tras conocer la obra de la autora Allué (1996), los sentimientos a flor de piel fueron inevitables. Esta experiencia de vida es un ejemplo de superación en toda regla. Es por ello, que me hizo reflexionar sobre lo trágicas que pueden ser las quemaduras y cómo un paciente necesita completamente unos cuidados físicos y psicológicos que se acompañen siempre ante todo de un trato humano, ya que la autora al contar en primera persona su experiencia, reivindica un trato más humano que se ligue a todos los cuidados físicos tan duros.

Por tanto, este trabajo se basa en la atención de enfermería de una forma generalizada, englobando muchos de los cuidados que realiza y en los que participa la enfermera, pero sin abarcar el tratamiento concreto de lo que es una quemadura.

Así mismo, la propuesta de este trabajo es conocer y analizar los conocimientos de los cuales se tiene que nutrir la enfermera para poder abarcar a este paciente crítico tan complejo de una forma integral, ya que las lesiones que presentan requieren unos cuidados físicos complejos y unos cuidados psicológicos constantes.

A continuación, en el marco conceptual, se tratarán una serie de puntos clave a conocer sobre el tema, donde entre otros, especialmente se destacará la importancia de conocer qué es una quemadura y su clasificación en función de su etiología y su gravedad, y cómo, además, dependiendo de esta última, pueden interferir en la función normal de los diferentes sistemas del cuerpo humano. Estos datos serán relevantes para comprender los principales cuidados de enfermería a ofrecer ante un paciente quemado.

Es por ello que para desarrollar el marco conceptual y analizar el proceso por el que pasa un paciente en estado crítico quemado y los posteriores cuidados que necesita

para recuperarse es necesario plantearse la siguiente cuestión: ¿Cuáles son los aspectos claves que tienen que abarcar los profesionales de enfermería para tratar a este tipo de paciente?

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Las heridas por quemaduras han estado presentes desde los albores de la humanidad. Ya en documentos y papiros egipcios se mostraba la descripción y tratamiento de las quemaduras. Son clásicas las descripciones griegas y romanas de ungüentos, pócimas, pomadas, tinturas, y líquidos entre otros para tratarlas (López, Morales & Quesada, 2007).

Celsius, en el siglo I d.C mencionaba el uso del vino y la mirra, una loción usada probablemente por sus propiedades bacteriositáticas. Galeno, que vivió entre el año 130 y 210 d.C usaba vinagre y una técnica con exposición abierta de la herida. Pero fue Rhases quien, para tratar el dolor asociado a las quemaduras, recomendaba usar agua fría (Herndon, 2009).

El doctor Paré (1510-1590), propuso una serie de pomadas elaboradas con excrementos y además, las trató con cebolla obteniendo buenos resultados (Herndon, 2009).

Pero fue a comienzos del siglo XIX cuando Dupuytren revisó 50 pacientes quemados tratados con vendajes oclusivos y desarrolló un sistema de clasificación de la profundidad de la quemadura que sigue utilizándose hoy en día. Podría decirse, que fue el primer autor en reconocer la úlcera gástrica y duodenal como complicación de las quemaduras graves (Herndon, 2009).

Para enfatizar más la evolución, fueron los trabajos realizados por Truman y Blocker los que demostraron la valía del abordaje con un quipo multidisciplinar para el cuidado de la herida. Esto se llevó a cabo en el 1947, cuando dos buques cargados con fertilizante nitrato de amonio explotaron en un muelle de Texas City, matando a 560 personas e hiriendo a más de 3000. Este trabajo el cual fue evolucionando hizo que se publicará en la American Burn Association, donde además enfatizó la importancia de la limpieza y la exposición de la herida al aire y el hecho de la nutrición a todo paciente quemado que pudiera tolerar (Herndon, 2009).

La importancia de la calidad de vida post quemadura, se atribuyó por Andrew M. Munster en los años setenta, cuando la cirugía con escisión y otras mejoras habían conseguido un descenso espectacular de la mortalidad (Herndon, 2009).

Realmente, la mayor parte de los avances se han llevado a partir de las últimas seis décadas, y es por ello que se fueron centrando en la reanimación, el control de las infecciones, el soporte de la respuesta hipermetabólica, el soporte nutricional, la prevención de las úlceras de estrés, el tratamiento de las lesiones graves por inhalación, cierre precoz y cobertura de la quemadura y sobre todo su abordaje con un equipo multidisciplinar para el cuidado y la posterior rehabilitación (Herndon, 2009).

Además, como hemos podido observar, ha sido la evolución de la humanidad junto a las grandes catástrofes, lo que ha conllevado grandes adelantos e innovaciones terapéuticas de forma paralela, no solo desde el punto de vista médico, técnico y farmacológico, sino también con la incorporación de otros profesionales, la creación de equipos multidisciplinarios y unidades especializadas donde poder llevar a cabo un trato integral a los pacientes con quemaduras (López, et. al. 2007).

2.2. DEFINICIÓN DE QUEMADURA

Según los autores Morrillo y Fernández (2016) podemos definir la quemadura como la lesión tisular causada por acción del calor principalmente, pero también del frío, y que provoca una alteración histológica de la piel y de los tejidos adyacentes

Además, un trabajo realizado por el Colegio de Médicos de España, en su definición, destaca la importancia del calor producido por energía térmica, electricidad, radioactividad o por sustancias químicas, resaltando que la mayoría de ellas son secundarias a altas temperaturas (OMC, 2014).

También cabe destacar que, según Esquinas S., las quemaduras son causas de traumatismos, que a su vez, están provocados por agentes físicos externos comentados por los autores anteriores. Y donde además, los efectos resultantes se verán influidos por la profundidad, la intensidad de la energía, la duración a la exposición con el agente causal y el tipo de tejido lesionado (Esquinas & Palazuelos, 2017).

Es por ello, de forma general, basándonos en estos autores, podemos definir las quemaduras como traumatismos, provocados por uno o varios agentes físicos, que pueden ser térmicos, eléctricos, radioactivos y que destruyen la piel y los tejidos adyacentes; y donde la profundidad, la intensidad, la duración del agente causal y el tipo de tejido que se lesione estarán directamente relacionados con el resultado, que

según López, Morales y Quesada (2007) puede variar desde una lesión relativamente superficial, hasta una pérdida extensa y severa de la piel.

2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS

Las quemaduras, se pueden clasificar dependiendo del agente causal y según la gravedad de la quemadura. Además, también tomando como referencia la clasificación según la Asociación Americana de Quemaduras (Esquinas & Palazuelos, 2017).

2.3.1. Según el agente causal

- Quemaduras eléctricas.

Estas quemaduras son producidas cuando la corriente eléctrica pasa a través de los tejidos. Su gravedad está relacionada directamente con la intensidad de la corriente, la localización de la quemadura, el trayecto de la corriente y la resistencia de cada tejido al paso de la corriente. Es por ello, que pueden producir grandes áreas de necrosis, más extensas que la apariencia en la primera valoración (Esquinas, et. al., 2017).

Todas las quemaduras eléctricas se consideran de 3^{er} grado de profundidad, ya que los tejidos de nuestro organismos ofrecen diferente resistencia al paso de la corriente eléctrica (a mayor resistencia, mayor calor creado y, por consiguiente, mayor lesión); de modo que los huesos y sus alrededores serían los que tendrían mayor impacto de lesión (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004).

- Quemaduras químicas

Este tipo de quemaduras son causadas por agentes químicos ácidos o básicos. Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta es que, mientras el producto esté en contacto con la piel, la quemadura irá profundizando. De modo que será básico un lavado inmediato, ya que la destrucción de los tejidos, puede continuar hasta 72 horas posteriores a la lesión (Lewis, et. al, 2004).

Además, cabe destacar, que este tipo de lesiones son más comunes en el ámbito laboral, y más concretamente producidas por ácidos (Esquinas, et. al. 2017).

- Quemaduras por inhalación de gases

El tejido afectado en este tipo de quemaduras es la mucosa de la vía aérea, pudiendo ocasionar asfixia y posteriormente, muerte (Esquinas, et. al., 2017). Podemos diferenciarlas relativamente:

- **Intoxicación por monóxido de carbono (CO).** Donde el CO2 separa al O2 de la hemoglobina, provocando hipoxia, carboxihemoglobinemia y finalmente muerte, cuando los niveles de CO son elevados. Esta debe sospecharse en toda víctima de un incendio. En la tabla 1, se pueden observar los síntomas más relevantes en cuando al porcentaje de carboxihemoglobina (Jiménez, Net, Nicolás & Ruíz, 2011)

Tabla 1. Signos y síntomas en función del porcentaje de carboxihemoglobina.

Porcentaje de carboxihemoglobina	Signos y síntomas habituales de la inhalación de monóxido de carbono
0 – 10	Ninguno
11 – 20	Cefalea, vasodilatación cutánea
21 – 30	Cefalea pulsátil
31 - 40	Cefalea intensa, mareo, debilidad, borrosidad visual, nauseas, vómitos.
41 – 50	Síncope, taquipnea
51 – 60	Coma, convulsiones, respiración de Cheyne – Stokes
61 – 70	Depresión cardiovascular y respiratoria, muerte.
71 – 80	Pulso débil, bradipnea, muerte en algunas horas
81 – 90	Muerte en una hora
91 – 100	Muerte en minutos

Fuente: Jiménez, Net, Nicolás & Ruíz, 2011.

- **Lesión por inhalación por encima de la glotis.** Normalmente, se produce cuando el paciente inhala aire caliente, vapor o humo. Puede aparecer rápidamente obstrucción mecánica (Lewis, et. al., 2004).
- **Lesión por inhalación por debajo de la glotis.** Está causa por agentes químicos. Después de 12 o 24 horas de la inhalación, pueden aparecer manifestaciones como un cuadro de distrés respiratorio (Esquinas, et. al., 2017).

- Quemaduras térmicas

Las lesiones son provocadas al entrar en contacto el foco de calor con la superficie de la piel. Estas pueden ser causadas por agentes húmedos como agua hirviendo o vapor de agua, o secos como llamas o metales calientes (Navarro & Novel, 2000)

2.3.2. Según la gravedad de la quemadura.

En este grupo encontraremos dos grupos de clasificaciones diferentes: Según la extensión, y según la profundidad (Esquinas, et. al., 2017)

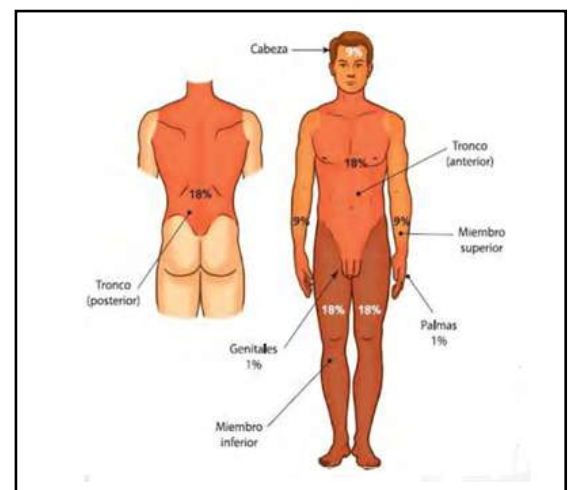
- Según la extensión

Clásicamente, se establece el porcentaje de la superficie corporal quemada con la **Regla de Wallace**, o la también conocida coloquialmente como Regla de los Nueves. Esta regla establece una valoración de 9%, o múltiplo de 9, cada superficie corporal afectada como se puede observar en la figura 1, y a continuación.

- Cabeza y cuello 9%
- Brazos 9%
- Tronco anterior 18%
- Tronco posterior 18%
- Cada pierna 18%
- Genitales 1%
- Cadamano 1 % (Bare, Cheever, Hinkle & Smeltzer, 2012)

Otra opción de cálculo sería la regla de la palma de la mano, donde la palma de la mano del accidentado equivaldría al 1% de la superficie corporal total (Carmona, Sánchez & Salvadores, 2011).

Figura 1. Regla de Wallace.



Fuente: Esquinas & Palazuelos,

2.3.3. Según la profundidad

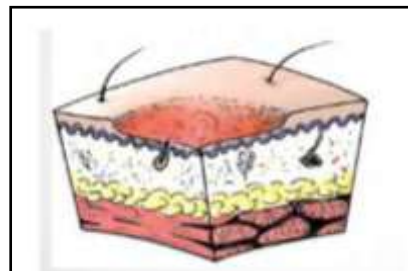
▪ Quemaduras de primer grado

Se limitan a la epidermis, es decir, a las capas más superficiales e la piel como se observa en la imagen 2. Se suelen regenerar entre 4 y 10 días, ya que la capa de células basales no se pierde completamente (Carmona, et. al., 2011). Se caracterizan por ser

eritematosas, sin exudado y sin ampollas, aunque son dolorosas por la integridad de las terminaciones nerviosas. Pueden dejar una hiperpigmentación residual fugaz, sin cicatriz (Esquinas, et. al. 2017).

Suelen ser quemadura de sol o por contacto muy breve con líquidos y sólidos o pequeñas chispas (López, Morales & Quesada, 2007).

Figura 2. Quemadura de 1^{er} grado.

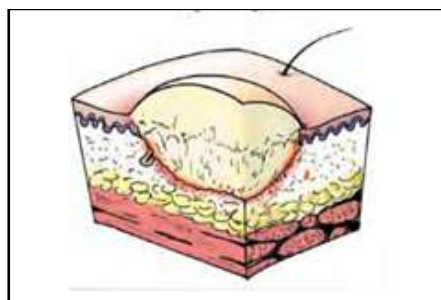


Fuente: Esquinas Serrano, 2017.

▪ Quemaduras de segundo grado

Provocan una lesión en la epidermis, pudiendo incluso penetrar la dermis como se observa en la figura 3 (Carmona, et. al., 2011). Ya que esta capa está vascularizada, si no hay edema que comprometa el aporte sanguíneo, se caracterizan por ser lesiones hiperémicas, exudativas, que forman vesículas, ampollas, flictenas y duelen por la irritación de las terminaciones nerviosas. Si son relativamente superficiales, la curación ronda las dos semanas, pero si son más profundas pueden rondar el mes. No son dolorosas, ya que las terminaciones nerviosas se destruyen. Además, se resuelven con cicatriz, que se relaciona directamente con la profundidad que haya alcanzado. Suelen ser hipopigmentadas (Esquinas, et. al., 2017).

Figura 3. Quemadura de 2º grado.



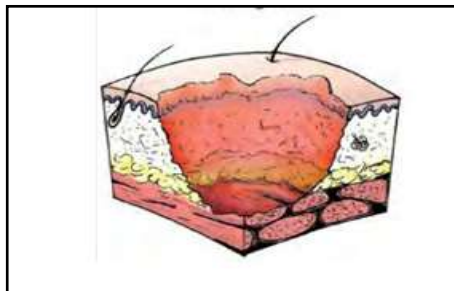
Fuente: Esquinas Serrano, 2017.

Suelen ser por contacto breve con líquidos, sólidos y fuego directo (López, et. al., 2006).

- **Quemaduras de tercer grado**

Este tipo de lesiones se caracterizan por la destrucción consecutiva de la epidermis, la dermis pudiendo alcanzar incluso la hipodermis como se observa en la figura 4. Son pálido – negruzcas por el déficit de la vascularización, e indoloras por la destrucción de las terminaciones nerviosas. Se curan por segunda intención por la imposibilidad de reepitelización. Se resuelven con cicatrices muy defectuosas. Si son extensas, pueden precisar de injertos (Esquinas, et. al., 2017).

Figura 4. Quemadura de 3^{er} grado.



Fuente: Esquinas Serrano, 2017.

Suelen darse por contacto prolongado con sólidos y líquidos (inmersión), fuego directo o agentes químicos (López, et. al., 2007).

- **Quemaduras de cuarto grado**

Este tipo de quemaduras supera nocivamente la hipodermis, afectando músculo y hueso (Esquinas, et. al., 2017). Generalmente, son causa de contacto prolongado con líquidos y sólidos, fuego directo, agentes químicos o electricidad (López, et. al., 2007).

2.3.4. Según la Asociación Americana de Quemaduras

Se pueden clasificar como leve, modera y grave según observamos en la tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de las quemaduras según la Asociación Americana de Quemaduras y lugar de tratamiento.

GRAVEDAD	CRITERIOS	LUGAR DE TRATAMIENTO
Leve	<ul style="list-style-type: none"> - Espesor parcial - < 15% de la superficie corporal total (SCT). - No afectación de ojos ni oídos. 	Servicio de urgencias; ambulatorio.
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> - Espesor parcial 15 – 25 % de la SCT. - Espesor completo menos de 10% de la SCT, sin afectación de manos, cara, pies o genitales. 	Hospital general; aunque puede ser tratado ambulatoriamente.
Grave	<ul style="list-style-type: none"> - Espesor completo más de un 20-25%(según la fuente bibliográfica) de la SCT. - Espesor total mayor del 10% de la SCT. Lesiones eléctricas verdaderas. - Lesiones en manos, cara, pies o genitales. - Complicaciones por inhalación, fracturas u otros traumatismos concomitantes. - Pacientes de alto riesgo. 	Unidad de quemados de un hospital, Centro de Quemados

Fuente: Esquinas & Palazuelos, 2017.

2.4. FISIOPATOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS

Tras la agresión térmica, a nivel local, se produce una necrosis por coagulación de los tejidos (Collado, Barret, Domínguez, Moreno & Sánchez, 2014). Por otro lado, se produce una respuesta del organismo proporcional a la agresión sufrida, afectando en función de su gravedad de forma considerable (López, Morales & Quesada, 2007). Es por ello que la incidencia, magnitud y duración de los cambios fisiopatológicos en las

quemaduras son proporcionales a la extensión de la quemadura (Bare, Cheever, Hinkle & Smeltzer, 2012). Dentro de los cambios principales, podemos destacar:

- **Alteración de la permeabilidad capilar**

Se incrementa la permeabilidad capilar (López, et. al., 2007) y se produce una formación de edema intenso debido al paso de líquido del espacio intravascular al intersticial (Carmona, Sánchez & Salvadores, 2011).

- **Alteraciones cardiovasculares**

Se produce un descenso del volumen intravascular por alteraciones en la permeabilidad y una disfunción miocárdica (Bare, et. al., 2012). Es por ello que debemos llevar a cabo la resucitación, que consiste en mantener la perfusión de los órganos mediante la administración de fluidos para prevenir el shock hipovolémico que acabaría con la vida del paciente (Jiménez, Net, Nicolás & Ruíz, 2011).

Es importante que durante la corrección hídrica seamos exactos, ya que si es escasa provocaría hipovolemia, que a su vez causaría isquemia y profundización de las lesiones dérmicas, y si es excesiva, aumentará el edema (Carmona, et. al., 2011).

- **Alteraciones renales e hidroelectrolíticas**

Durante las primeras horas, la disminución del volumen sanguíneo provoca un descenso del flujo renal (Bare, Cheever, Hinkle & Smeltzer, 2012). Por ello es importante obtener una diuresis de 0,5 ml/kg/hora una vez aplicada la fórmula de Parkland, que explicaremos más adelante (Jiménez, et. al., 2011).

Además, se dará hipopotasemia, debido a que el sodio será altamente reabsorbido por los riñones (Carmona, et. al., 2011).

- **Alteraciones hematológicas**

El hematocrito disminuye debido a la hemólisis por acción directa del calor. Este podrá ser tratado con transfusiones repetidas (López, et. al., 2007). Además, existe una alta probabilidad de que en el paciente quemado aparezca trombosis, por lo que se administrarán heparinas de bajo peso molecular de forma profiláctica (Jiménez, et. al., 2011).

- **Alteraciones metabólicas**

Si se trata de una quemadura extensa, el paciente presenta un estado de hipermetabolismo. Además, el organismo está en permanente lucha para mantener su

temperatura y por ello, entre otras cosas la necesidad nutricional será mayor (Carmona, et. al., 2011).

Por otra parte, se estimulará la respuesta hormonal frente al estrés (Collado, et. al, 2014).

- **Alteraciones respiratorias**

Las lesiones por inhalación de humos pueden afectar a la glotis, generando un edema de la misma que requiere intubación inmediata, y a los alveolos pulmonares, al dificultar el intercambio gaseoso, lo que junto a la dificultad para transportar O₂, produce un mayor riesgo de hipoxia tisular (López, et. al., 2007).

- **Alteraciones en la inmunidad**

Ya que la agresión térmica destruye la primera y más importante barrera defensiva del organismo, la piel y las mucosas, se pierde la protección mecánica, bioquímica e inmunológica. Este hecho hace que el paciente quemado sea más susceptible a la infección (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004).

2.5. ALGORITMO DE ACTUACIÓN

Debido a la gravedad que puede abarcar la situación, si se detecta un caso de quemaduras se requiere la utilización de un algoritmo de actuación. Y como la quemadura no es más que un tipo de traumatismo, el algoritmo de atención inicial al paciente quemado tiene que hacerse siguiendo las pautas generales de atención inicial a cualquier paciente traumático. Es por ello basándonos en diferentes fuentes bibliográficas, se llega a la conclusión de que la ordenada y correcta actuación asume los siguientes pasos:

- **Valoración del lugar siniestro.**

Cuando el equipo asistencial llega al lugar siniestro, se debe realizar una valoración global y reconocer el mecanismo lesivo, ya que esto, nos puede aportar mucha información relevante y puede condicionar nuestra actuación inicial (Fernández & Morrillo, 2016). Además, se debe considerar la posibilidad de un traumatismo asociado (Collado, Barret, Domínguez, Moreno & Sánchez, 2014).

- **Valoración primaria ABCDE.**

La valoración primaria se llevará a cabo aplicando el algoritmo general de reanimación de todo paciente politraumático resumiendo el acrónimo ABCDE: Airway, Breathing, Circulation, Disability y Exposure (Pérez M.T., Martínez, Pérez L. & Padilla, 2011).

A) Vía aérea. Teniendo como objetivo garantizar la permeabilidad de la misma

B) Respiración. Cuya finalidad será garantizar una función respiratoria adecuada, es decir, conseguir una ventilación pulmonar y una oxigenación sanguínea óptimas (Bare, Cheever, Hinkle & Smeltzer, 2012)

C) Circulación. Será fundamental garantizar una función cardiocirculatoria correcta para aportar oxígeno y nutrientes a los órganos vitales, evitando el shock (Collado et. al.)

D) Disfunción neurológica. Teniendo como finalidad llevar a cabo una valoración del estado neurológico del paciente, adecuar el tratamiento a posibles problemas y alertar sobre posibles lesiones craneales (Collado et. al.)

E) Exposición. Su función es identificar lesiones evidentes y signos de alarma que orienten para hacer una evaluación completa de las lesiones durante la valoración secundaria. SE ha de exponer todo el cuerpo (Jiménez, Net, Nicolás & Ruíz, 2011) (Collado et. al.)

- **Valoración secundaria.**

Dicha valoración, se llevará a cabo siempre y cuando tengamos controlado todo aquello que nos pueda ocasionar muerte de manera inmediata (Collado et. al.). Asimismo, tiene como objetivo recoger los datos más relevantes de la historia clínica, evaluar el tipo de siniestro y realizar un examen físico rápido, completo y sistemático (Carmona, Sánchez & Salvadores, 2011).

- **Tratamiento inicial.**

Las finalidades del tratamiento inicial tienen como objetivo garantizar una hidratación adecuada, con fluidoterapia específica si las quemaduras tienen una extensión >15% en adultos, el enfriamiento de las quemaduras y posteriormente aislar las mismas para evitar la contaminación y sobre todo, reducir la pérdida de calor (Collado et. al.) (Fernández, et. al. 2016).

2.6. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE UN PACIENTE QUEMADO

Tras conocer el algoritmo de actuación de un paciente quemado, la derivación es el paso a continuación que se debe tener en cuenta, ya que a través del mismo se decidirán los cuidados que el paciente precisará en función de la quemadura y de la gravedad.

Criterios de derivación:

- Derivación a un centro de atención primaria

En este caso, consideraremos que se trata de una quemadura leve y que cumple los siguientes criterios:

- SCQ < 5%
- Que no sea de espesor total
- Que su origen sea, exclusivamente una fuente de calor
- Que no afecte a aéreas comprometidas por estética y función
- Que no sea circular
- Que no presente factores comórbidos asociados (Fernández, Molano, Duque & Pérez, 2008) (Collado et. al, 2014).

Durante su atención, el equipo asistencial podrá decidir:

- Derivación al CAP/CUAP de la zona. Se limpiará con suero fisiológico, se cubrirá con un hidrogel o gasa húmeda y se aislará con una talla limpia.
- Alta "in situ". En este caso, la quemadura se curará con sulfadiazinaargéntica al 1% y se tendrá que revisar por su médico de zona en < 24 horas (Collado et. al, 2014).

- Derivación hospitalaria

En cualquier otra situación, el paciente se ha de trasladar a su hospital de referencia para la valoración inicial. Su atención podrá completarse aquí o trasladarse a una Unidad de Quemados, en excepción de sufrir quemaduras particularmente graves, donde se derivará directamente a la Unidad de Quemados (Collado et. al., 2014).

- Derivación a una Unidad de Quemados

- Los criterios para derivar directamente a la Unidad de Quemados son pacientes con quemaduras extensas:
- Quemaduras con SCQ > o = 15 % en pacientes de 10 a 50 años

- Quemaduras con SCQ $\geq 10\%$ en pacientes con menos de 10 años, y más de 50 años, y en mujeres embarazadas.
- Quemaduras de espesor total con SCQ $\geq 5\%$
- Todas las quemaduras por congelación
- Todas las quemaduras eléctricas cuando sean de alto voltaje (> 1.000 voltios)
- Todas las quemaduras químicas por ácido fluorhídrico
- Las quemaduras por radiación ionizante
- Las quemaduras dérmicas profundas y de espesor total cuando afecten a áreas anatómicas comprometidas por estética y función
- Todas las quemaduras dérmicas y de espesor total que sean circulares (Fernández et. al., 2008) (Cisneros & Carneado, 2009).

2.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN LA TERMINOLOGÍA ATIC

A continuación, se desarrollará un plan de cuidados de enfermería estándar dirigido hacia un paciente quemado con una Superficie Corporal Total Quemada mayor del 20-25%, un gran quemado. Este plan de cuidados, se ha llevado a cabo utilizando la terminología ATIC.

ATIC es un lenguaje de interfase más próximo a la forma en que los profesionales se comunican habitualmente en su práctica diaria, es decir, desarrolla y ofrece al profesional palabras de uso habitual en la práctica. Es por ello que, una de las grandes diferencias con el NANDA, es que intenta acercarse más a los profesionales. Además esta terminología tiene un elevado nivel de especificidad a diferencia del NANDA que tiene un nivel de abstracción más elevado. En este caso, NANDA incluye la quemadura dentro del deterioro de la integridad cutánea, a diferencia de ATIC que tiene más de 70 términos uno de los cuales es quemadura (Juvé, 2016).

Se puede dividir en dos categorías, como se observa a continuación, problemas reales en la tabla 3, y riesgos en la tabla 4.

Tabla 3. Problemas reales en el paciente quemado según ATIC.

PROBLEMAS REALES	INTERVENCIONES	FRECUENCIA
Hipovolemia	<ul style="list-style-type: none"> - Reposo absoluto - Monitorizaje hemodinámico <ul style="list-style-type: none"> ▪ A) Invasivo ▪ B) No Invasivo - Control signos vitales - Control del PVC - Control neurológico: test de Glasgow - Control de diuresis - Balance hídrico - Cuidados del edema periférico - Valoración de la piel - Extracción de sangre venosa/arterial - ECG - Higiene - Higiene ocular 	<ul style="list-style-type: none"> - Continua - Continua - Cada turno, una o dos veces - Continua - A demanda, cada día - Cada turno - Cada día - A demanda, cada día - A demanda, cada turno - A demanda - A demanda - A diario - Cada turno, una o dos veces
Quemadura	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de la quemadura <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cura ▪ Valoración de infección - Cuidados del catéter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Catéter venoso central Multilumen: Mantenimiento <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambio de apósito ○ Valoración de la permeabilidad ○ Heparinizar luz proximal ○ Heparinizar luz distal ○ Cambio de bioconector ○ Cambio de equipo de perfusión 	<ul style="list-style-type: none"> - A demanda - Cada turno - Cada turno - Cada turno - A demanda - A demanda - A demanda - Continua

	<ul style="list-style-type: none"> - Catéter vesical: Mantenimiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Movilizar la sonda ▪ Valoración de la permeabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada turno - Continua
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Control del dolor, aplicación de fármacos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de efectividad 	<ul style="list-style-type: none"> - A demanda
Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> - Control de la temperatura - Aplicación de la manta térmica - Termoterapia superficial 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada turno (1-2 veces) - A demanda - A demanda
Temor	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa del paciente - Escucha activa de la familia - Expresión/reconducción de emociones - Cuidados del reposo y sueño 	<ul style="list-style-type: none"> - A demanda - A demanda - A demanda - A diario

Fuente: Elaboración propia basada en Juvé , 2016.

Tabla 4. Riesgos del paciente quemado según ATIC.

RIESGOS	INTERVENCIONES	FRECUENCIA
Riesgo de hipoxemia	<ul style="list-style-type: none"> - Control del patrón respiratorio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración disnea ▪ Valoración de la permeabilidad de la vía aérea - Control Sat. O2 - Administración oxigenoterapia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispositivo máscara venturi ▪ Dispositivo gafas nasales ▪ Recambio de dispositivo - Nebulización administración - Prevención de caídas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Barandas de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada turno - Cada turno - Cada turno - Continua - A demanda - A demanda - Continua

Riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> - Control de la temperatura - Cura de la quemadura 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada turno - A demanda
Riesgo de síndrome compartimental	<ul style="list-style-type: none"> - Control del dolor - Control neurovascular 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuo - Cada turno
Riesgo de episodio tromboembólico	<ul style="list-style-type: none"> - Control del estado mental - Control del patrón respiratorio - Control de la extremidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada turno - Cada turno - Cada turno
Riesgo de trastornos del autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar autoestima - Apoyo - Fomentar afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Continua - Continua - Continua
Riesgo de déficit nutricional. Estado hipercatabólico	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar la dieta <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de la tolerancia a la dieta ▪ Estimular ingesta de alimentos - Control de parámetros antropométricos - Control de los vómitos - Control de deposiciones - Nutrición enteral: Cuidados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración <ul style="list-style-type: none"> ○ Posición Fowler (45°) ○ Cambio de bolsa y equipo ○ Administrar agua (25-50ml) ○ Control del ritmo ▪ Control del volumen gástrico residual <ul style="list-style-type: none"> ○ Valoración de la retención gástrica. ▪ Mantenimiento de sonda nasogástrica <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprobar fijaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - A demanda - Tras cada ingesta - A demanda - A demanda - Cada día - A demanda - Antes de cada ingesta - Durante ingesta - Después de cada ingesta - A diario - Antes de cada ingesta

Fuente: Elaboración propia basada en Juvé , 2016.

Como se puede observar en este apartado, los cuidados de enfermería son primordiales para el abordaje de este tipo de pacientes, pero no podemos olvidar la gran importancia que asume el abordaje como equipo multidisciplinario al tratarse de un paciente tan complejo y delicado, dato que veremos reflejado más adelante.

A continuación, en la tabla 5, a modo resumen, se muestra una serie de puntos clave del marco conceptual, que serán necesarios para sintetizar la información y entender mejor las siguientes partes del trabajo.

Tabla 5. Puntos clave del marco conceptual.

PUNTOS CLAVE
<i>Las quemaduras no solo afectan al tejido donde se ha producido la misma, si no que alteran las diferentes funciones del cuerpo humano.</i>
<i>La gravedad de las quemaduras puede variar hasta poner al paciente en una situación de gran riesgo vital debido a la alteración sistémica.</i>
<i>Es necesario conocer el agente causal de la quemadura para proceder a una derivación y un tratamiento adecuado.</i>
<i>Será de vital importancia seguir el algoritmo de actuación de quemados para no comprometer aún más la vida del paciente.</i>
<i>La derivación del paciente quemado debe realizarse a un centro sanitario donde se puedan cubrir sus necesidades en su totalidad.</i>
<i>El plan de cuidados enfermero según la terminología ATIC se basa en un lenguaje que se acerca más a los cuidados específicos del paciente y facilita la práctica al profesional.</i>
<i>Los cuidados de enfermería en un paciente con quemaduras superiores al 20% son numerosos y complejos, y necesitan una atención constante.</i>
<i>Dentro de los cuidados se incluye la atención física y psicológica del paciente</i>

3. OBJETIVOS

Los objetivos planteados a conseguir son los siguientes:

Objetivo general:

- Conocer el rol que asumen los profesionales de enfermería en la atención al paciente que sufre grandes quemaduras.

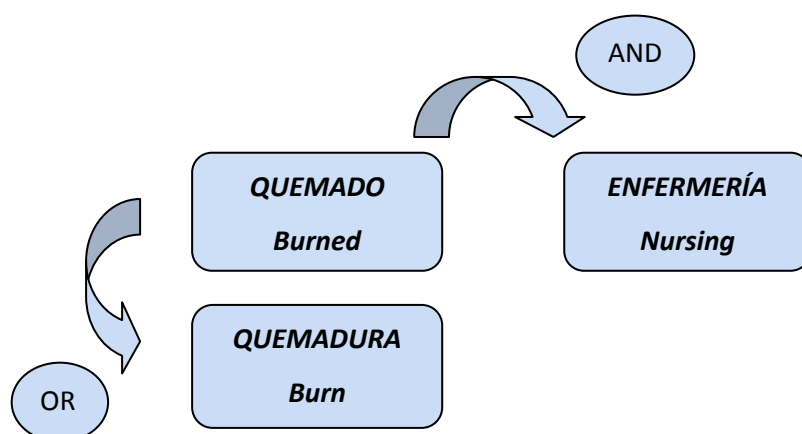
Objetivos específicos:

- Revisar la importancia que requiere ofrecer unos cuidados psicológicos al paciente con quemaduras graves.
- Estudiar el abordaje del paciente que sufre quemaduras desde una perspectiva multidisciplinaria.

4. METODOLOGÍA

La metodología del trabajo desarrollado, se basa en una búsqueda bibliográfica llevada a cabo entre las fechas de diciembre del 2017 y febrero del 2018. Las principales fuentes de información consultadas han sido las bases de datos Cuiden, Pubmed, Scopus y Cinahl.

Para iniciar la búsqueda, se realizó una selección de palabras clave relacionadas con el tema a tratar. Estas palabras fueron empleadas en dos idiomas diferentes, castellano e inglés, en función de la base de datos, aunque posteriormente se incluyeron artículos en portugués. Las palabras fueron las siguientes, como se observa a continuación:



Para hacer una búsqueda más exhaustiva y minimizar los criterios de búsqueda se emplearon unos criterios de inclusión y otros de exclusión.

Criterios de inclusión:

Los artículos incluidos en el trabajo cumplen los siguientes requisitos:

- Publicados entre los años 2008 y 2018
- Redactados en castellano, inglés o portugués.
- Con texto completo
- Con acceso gratuito
- Relacionados con la atención y los cuidados de enfermería a los pacientes quemados.

Criterios de exclusión:

Los artículos excluidos en el trabajo cumplen los siguientes requisitos:

- Literatura gris.
- Artículos específicos de Medicina.

4.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En las figuras 5, 6, 7 y 8 que se muestran a continuación, se presenta la estrategia de búsqueda aplicada en las cuatro bases de datos diferentes. Mediante las palabras clave utilizadas con sus correspondientes booleanos, se obtiene una cantidad de artículos, que tras aplicar unos filtros propios de cada base de datos y añadiendo los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente, se minimizan y se analizan de una forma más concreta. Tras esta lectura minuciosa se muestra el número de artículos seleccionados para el análisis.

Figura 5. Proceso de búsqueda de artículos en Cuiden.

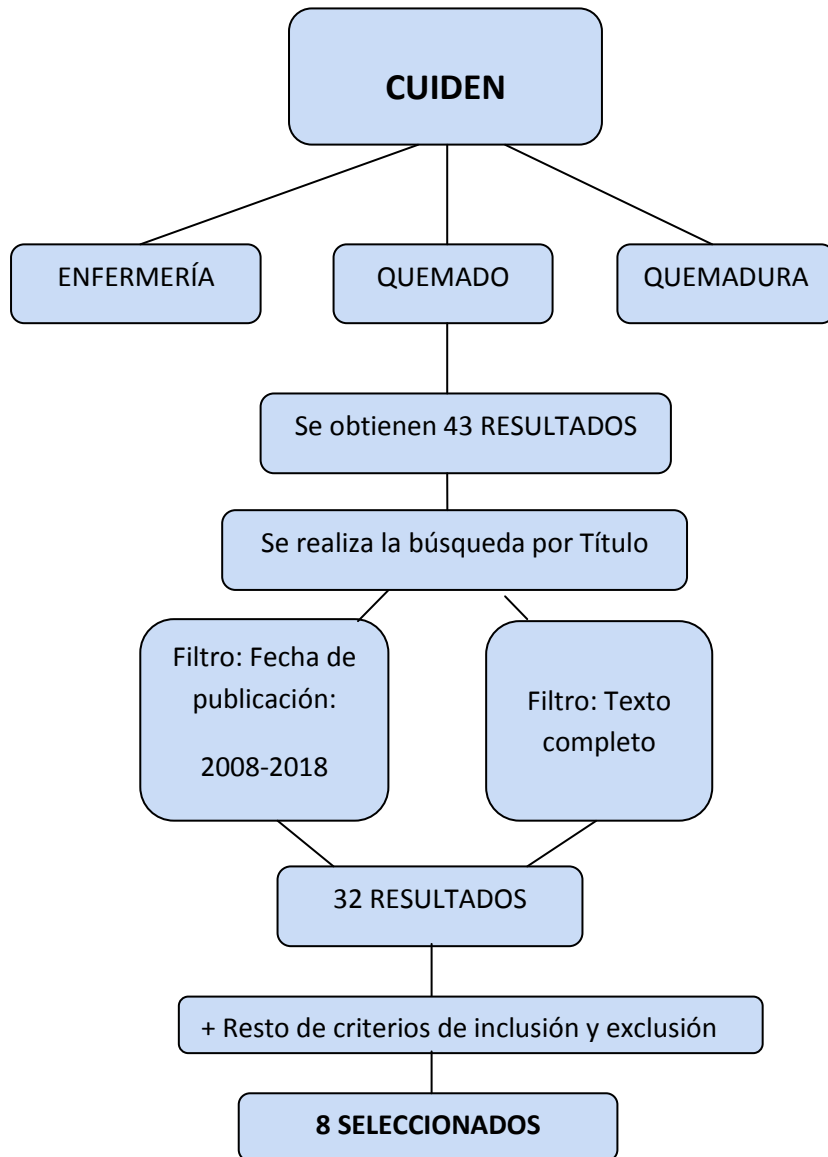


Figura 6. Proceso de búsqueda de artículos en Scopus.

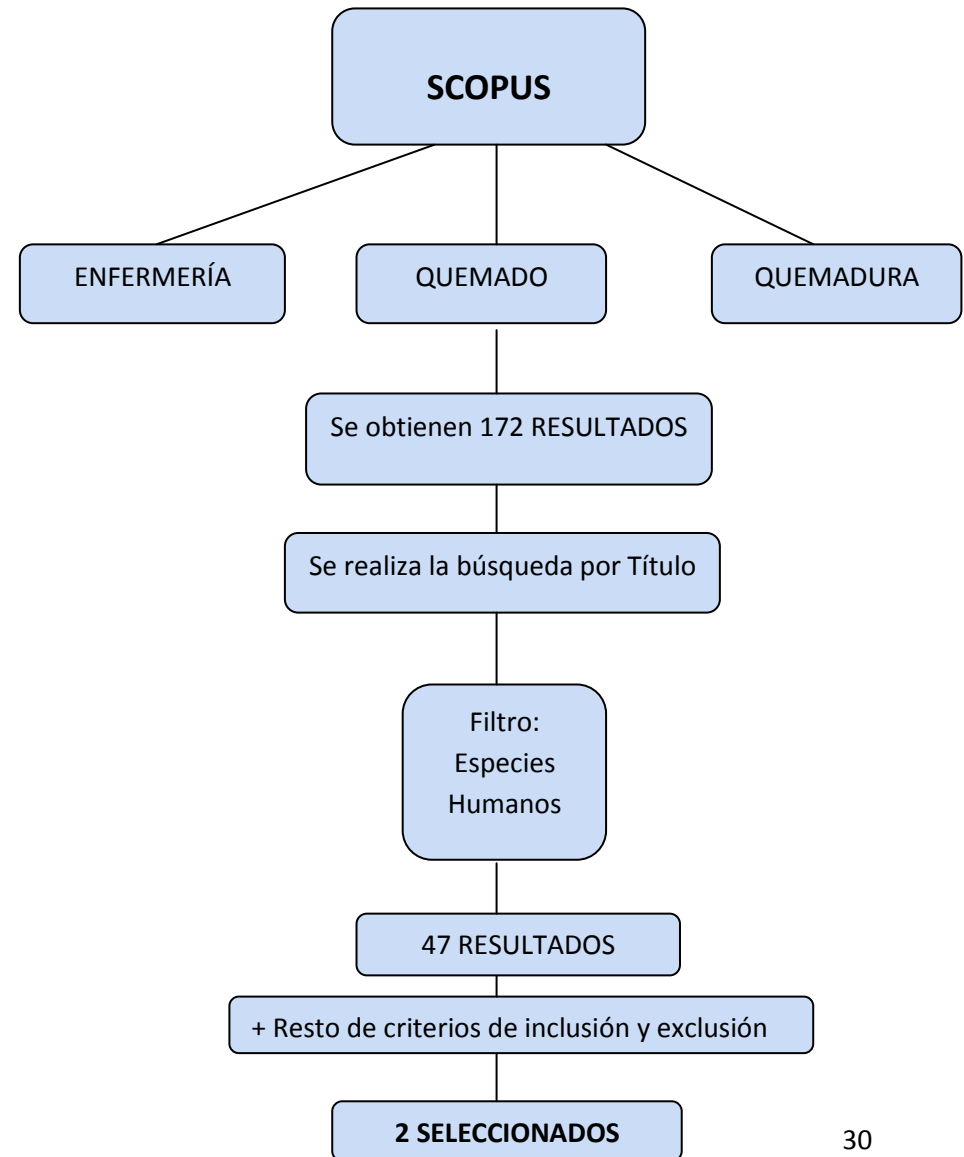


Figura 7. Proceso de búsqueda de artículos en CINAHL.

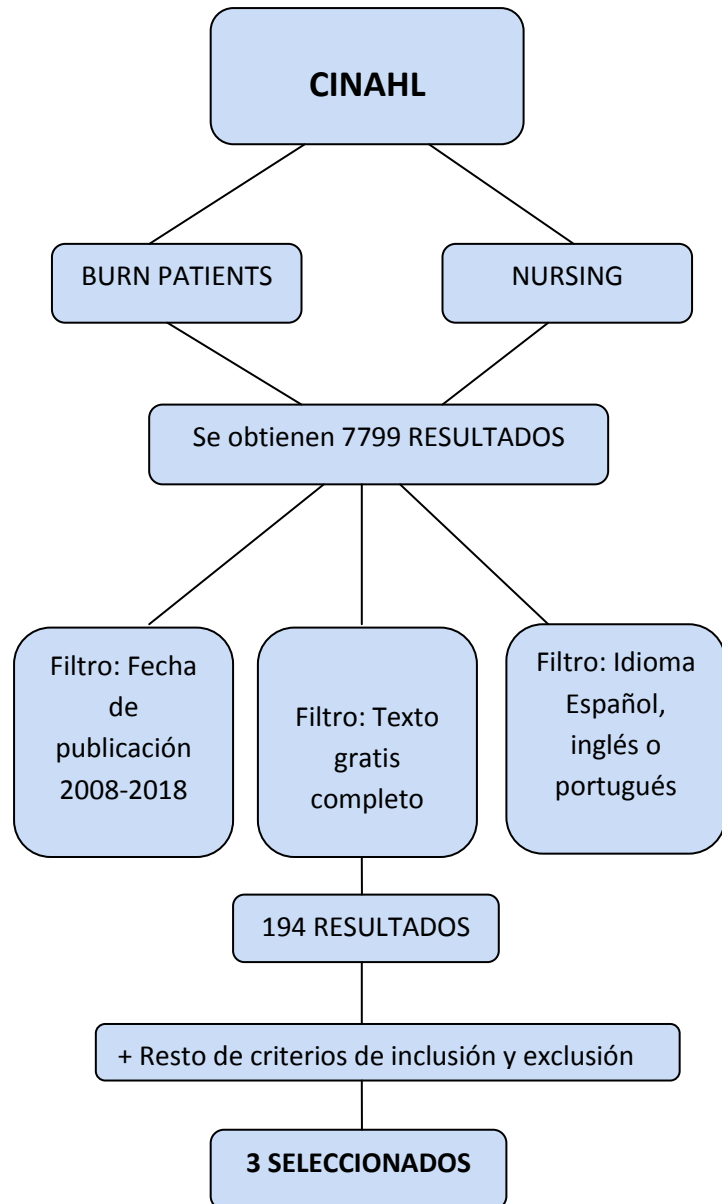
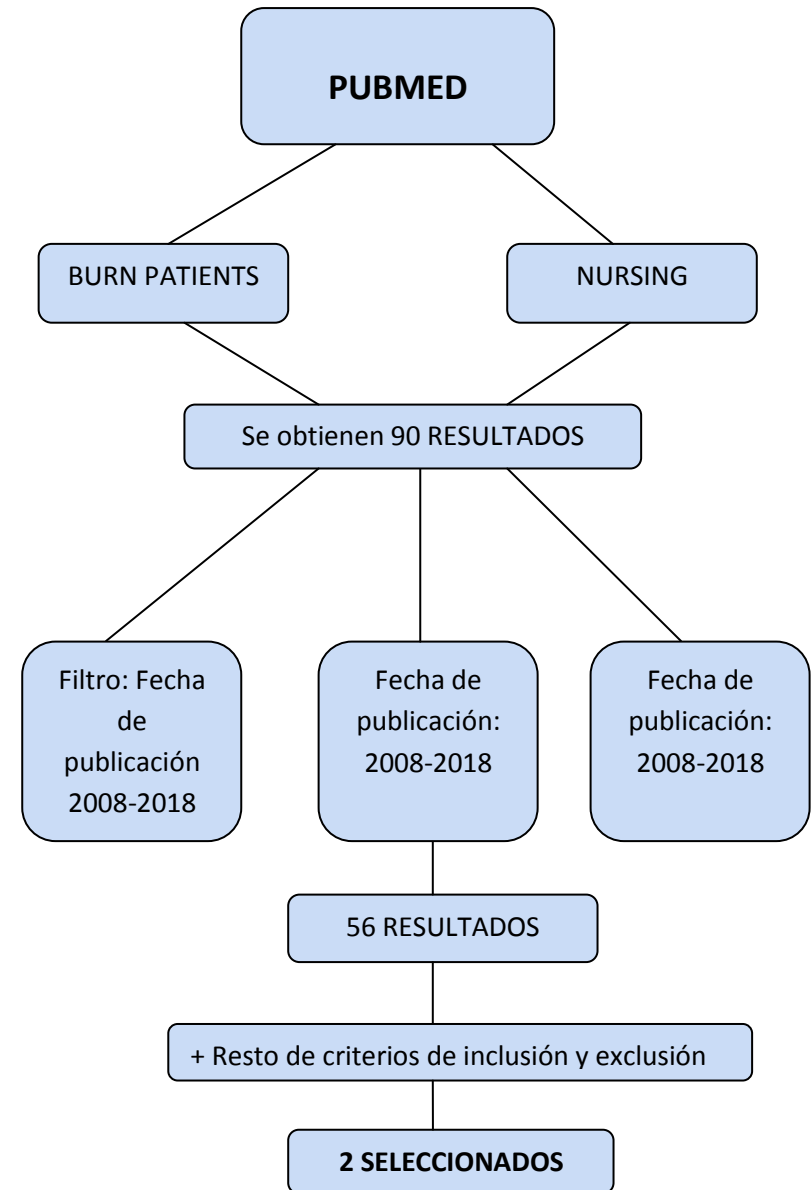


Figura 8. Proceso de búsqueda de artículos en PubMed.



5. RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda, han sido 15 los artículos seleccionados, leídos y analizados de una forma más exhaustiva. A continuación, se expone un apartado que esquematiza los artículos presentados y otro donde se muestra una tabla explicativa de los artículos seleccionados.

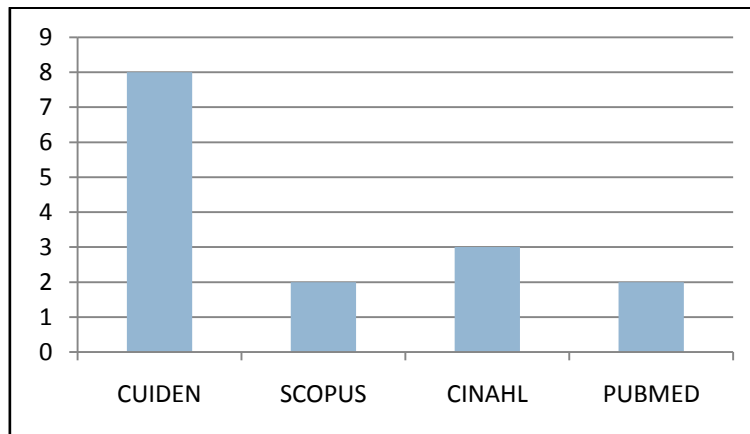
5.1. ESQUEMAS DE RESULTADOS

Con la intención de clarificar la búsqueda de los resultados, se plantean tres esquemas que relacionan los artículos seleccionados con la base de datos, el año de publicación y el tipo de estudio al que pertenecen.

- **Esquema de artículos en función de la base de datos.**

Como se observa en la figura 9, hay un predominio de búsqueda en la base CUIDEN, con un total de 8 artículos, dato que puede ser causa del predominio de artículos en esta base del español.

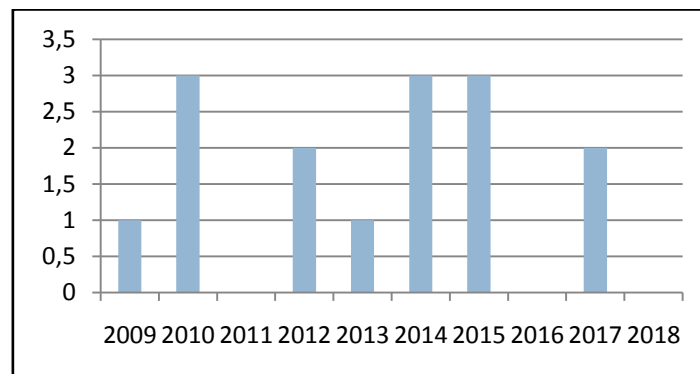
Figura 9. Artículos seleccionados en función de la base de datos.



- **Esquema de artículos en función de la base de datos.**

En la figura 10 se puede observar que en los años 2010, 2014 y 2015 se ha encontrado un predominio de artículos relevantes sobre el tema, dato que constata la gran atribución científica durante estos años.

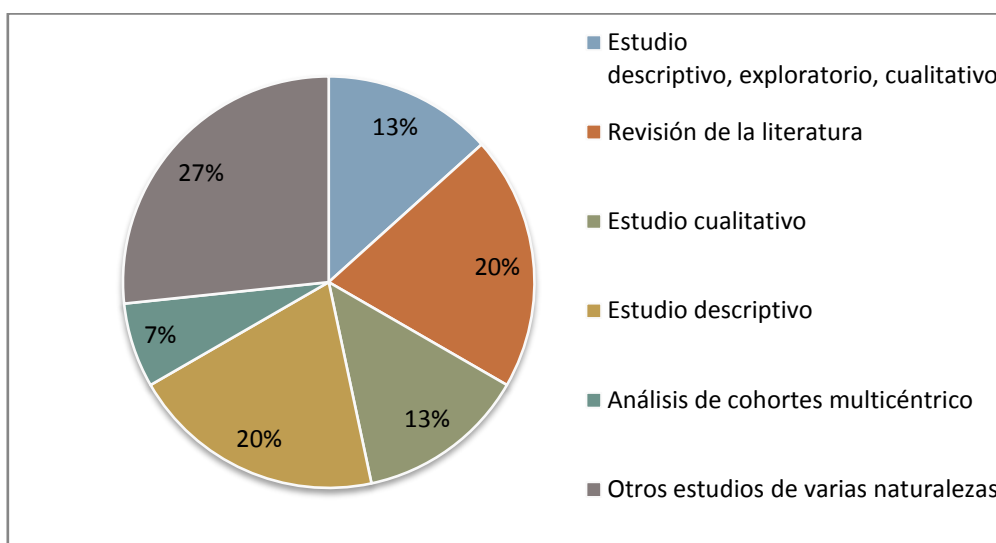
Figura 10. Artículos seleccionados en función del año de publicación.



- **Esquema de artículos en función del tipo de estudio realizado.**

Como se observa en la figura 11 que hay artículos con un predominio de estudios de varias naturalezas, siendo los mismos: un estudio cuantitativo exploratorio descriptivo, un estudio descriptivo de naturaleza cualitativa, un estudio exploratorio descriptivo y un estudio descriptivo transversal, dato que nos hace observar la gran variabilidad de estudios que se han incluido en el análisis.

Figura 11. Artículos seleccionados en función de la metodología.



5.2. TABLA DE RESULTADOS

A continuación, en la tabla 6 se muestran los 15 artículos encontrados, ordenados por orden de selección, con los correspondientes autores, el estudio realizado y los principales resultados y conclusiones.

Tabla 6. Descripción de los artículos seleccionados.

Autor y año de publicación	Título	Metodología	Objetivo	Principales resultados y conclusiones
Silva L.S., Souza R.S.; 2010.	Cuidados de enfermagemao cliente queimado. Revisao sistémica.	Revisión de la literatura.	Identificar mediante la revisión de la literatura, los principales cuidados de enfermería recomendados al paciente quemado encontrados en la producción científica en el periodo comprendido entre 1998 y 2008, y analizar las implicaciones de esos cuidados en la práctica del cuidado de enfermería al paciente quemado.	La persona que fue víctima de quemaduras presenta alteraciones físicas y la integridad emocional deteriorada. Por lo tanto, es muy importante que el profesional de enfermería busque satisfacer las necesidades básicas del paciente. Asume gran importancia la formación profesional para abordar al paciente de una forma adecuada, tanto en la parte de los cuidados físicos, como en la del cuidado emocional.
Trevisan Martins J., Cescatto Bobroff M.C., Perfeito Ribeiro R., Hirata Soares M., Cruz Robazzi L.C., Palucci Marziale M.C.; 2014	Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem de un centro de tratamento de queimados.	Estudio exploratorio, descriptivo, de abordaje cualitativo.	Identificar los sentimientos experimentados por el equipo de enfermería en el cuidado de pacientes con quemaduras.	La mayoría de profesionales incluidos en el estudio afirman que es el trabajo más difícil que han desarrollado, tanto en el cuidado del paciente, como en el trato con la familia. Sin embargo, hay experiencias que desencadenan satisfacción, al ver la recuperación del paciente, y otras dolor ya

				que en su mayoría los profesionales acaban empatizando. Se hace necesario para el equipo de enfermería aplicar estrategias para afrontar de una forma adecuada la situación.
Barreto Coelho J.A., Carvalho de Araújo S.T; 2010.	Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados.	Estudio cualitativo.	Describir como las percepciones sensoriales del equipo de enfermería apuntan un desgaste amplio del equipo durante los cuidados prestados.	Se observó que a través de la visión y de la audición los profesionales de enfermería perciben sensaciones que los someten a un desgaste constante. Además, se apreció que el cansancio físico y psíquico aunque el mayor desgaste es generado por la repercusión social, relacionada con las causas de las quemaduras. Es por ello, que se destacó la importancia de utilizar estrategias defensivas para reducir el desgaste psíquico y el sufrimiento de los profesionales durante el cuidado.
Barbosa de Oliveira E., Andrade G., Mello Almeida F.P., Vicente Silva A., Gomes Fabre J.M., Cardoso Vieira M.L.; 2015	O trabalho de enfermagem em centro de tratamento de queimados: riscos psicossociais.	Investigación cuantitativa, exploratoria, descriptiva.	Identificar los riesgos psicosociales y las recompensas en el trabajo de enfermería en el centro de quemados verificando la posible asociación con el estrés ocupacional.	Los riesgos amputados por el grupo provocan estrés laboral siendo algunos de ellos: presión del tiempo, interrupciones, mucha responsabilidad en el trabajo y esfuerzo físico. Las principales recompensas fueron el respeto de la jefatura y compañeros, el apoyo en momentos difíciles y el trato justo. Es por ello que en el grupo, existe una necesidad de diagnosticar los riesgos y fortalecer las recompensas a modo de minimizar el estrés ocupacional y promover la salud física y mental del grupo.
Dalle Nogario A.C., Devos Barlem E.L., Tomaschewski-Barlem	Nursing Actions in practicing inpatient advocacy in a Burn	Estudio descriptivo, caso único.	Conocer las acciones de los enfermeros en el ejercicio de la defensa del	Se identificaron tres categorías emergentes para ejercer la defensa y el buen cuidado del paciente: instruir al paciente, proteger al

J.G., Lerch Lunardi V., Marcelino Ramos A., Calçada de Oliveira A.C.; 2012	Unit.		paciente ingresado en un centro de quemaduras.	paciente y asegurar una calidad en la atención. Este estudio, permitió identificar que los enfermeros ejercían la defensa de sus pacientes y que el reconocimiento de sus acciones constituye un avance para la profesión, siendo muy importante para esta la autonomía del enfermero y la puesta en marcha de los derechos de los pacientes.
Barreto de Carvalho F.P., Amaral de Moura H.L.C., Ribeiro Soares F.R., Lopes Fernandes A.C. Clebeson de Oliveira L.; 2012	Team work processes of care to burned patient	Estudio descriptivo exploratorio, de naturaleza cualitativa.	Conocer la composición y los procesos de trabajo del equipo de atención al paciente quemado.	Se evidenció la ausencia de profesionales para el tratamiento eficaz y humano del quemado, así como la escasa integración entre los existentes y poco compromiso de algunos involucrados, fragmentando el trabajo y haciéndolo existir sin continuidad ni sistematización. Por tanto, se resalta el hecho de prestar atención a la importancia del trabajo como equipo multidisciplinario, además de la relevancia de programas de educación continuada.
Bayuo J.; 2017	Nurses' experiences of caring for severely burned patients	Estudio exploratorio descriptivo	Explorar y describir las experiencias de las enfermeras en el cuidado de pacientes gran quemados.	Los resultados evidentes fueron agotamiento durante el cuidado tanto físico como emocional, y preocupaciones con respecto al resultado de la atención que ofrecen. Es por ello que se atribuye gran énfasis a fomentar el apoyo a los profesionales de enfermería, siendo una medida las charlas entre ellas.
Alcázar Gabás, M., Fidalgo Pamplona, M.P., Laplana Miguel O.; 2014	Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por	Estudio descriptivo transversal	Describir el estado de ansiedad de los pacientes ingresados por	Los resultados obtenidos concluyen con el dato de que los pacientes quemados ingresados en la Unidad de Quemados presentaron niveles elevados de ansiedad que

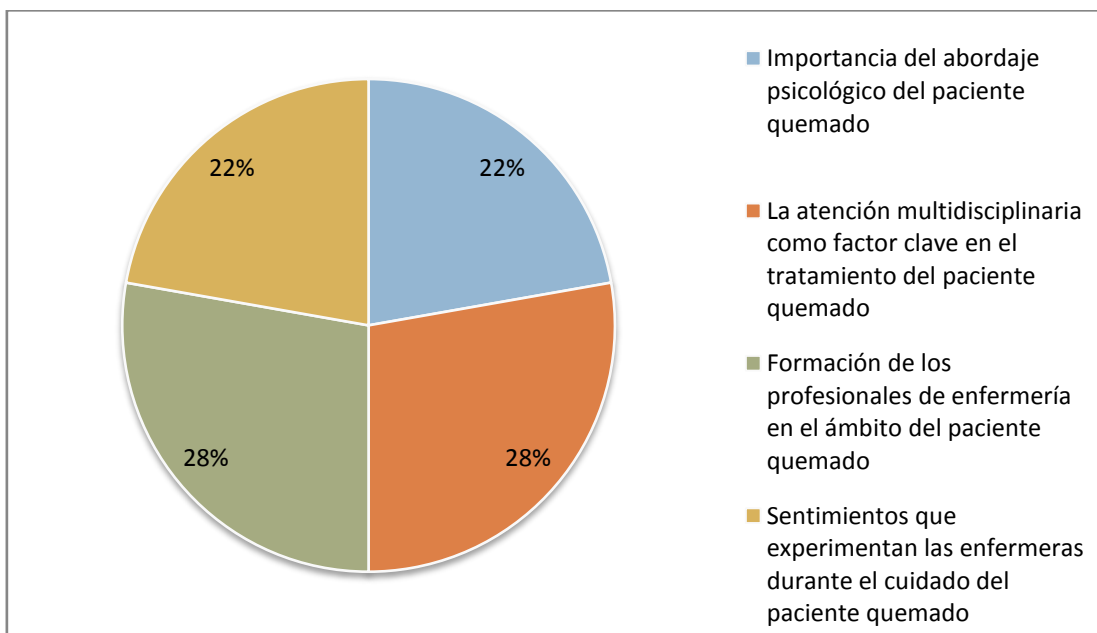
	quemaduras en una Unidad de Quemados.		quemaduras durante más de una semana.	son superiores entre la población femenina y en los pacientes con una elevada SCT. Las intervenciones derivadas del cuidado de enfermería en el plano emocional, han de dirigirse especialmente por tanto a estos grupos de población, determinándolos como grupos de riesgo para padecer ansiedad.
Su Win T., Nizamoglu M., Maharaj R., Smailes S., Muttardi N., Dziewulski P.; 2017	Relationship between multidisciplinary critical care and burn patients survival: A propensity – matched national cohort analysis.	Análisis de cohorte multicéntrico.	Investigar si la admisión de pacientes quemados a unidades especializadas mejora los resultados y aclarar si la atención multidisciplinaria contribuye a un mejor resultado.	La admisión de un paciente con quemaduras graves a un servicio especializado de cuidados intensivos se asocia de forma independiente con un beneficio de supervivencia significativo. Esto es, al menos en parte, debido a la atención brindada por el equipo multidisciplinario integrado.
SueliLeiko T., Goyatá R.N, Aparecida Rossi L.; 2009	Nursing Diagnoses of Burned Patients and Relatives' Perceptions of Patients's Needs.	Estudio cualitativo.	Conocer los diagnósticos de enfermería del paciente quemado en el período próximo al alta hospitalaria y deducir si los familiares tenían unas percepciones similares a las del paciente sobre los problemas que presentaba.	Se identificaron 30 diagnósticos diferentes previos al alta, todos relacionados con el aspecto físico y los posibles riesgos psicosociales. Los familiares se preocupaban más de los problemas físicos, tales como el cuidado de las heridas y la prevención de infecciones, mientras que los pacientes atribuían una mayor preocupación a los posibles riesgos psicosociales.
Rowley Conwy G.; 2013	Management of burns in intensive and acute care	Revisión de la literatura.	Estudiar la evolución de los cuidados intensivos con respecto al paciente con quemaduras.	Las tasas de supervivencia de los pacientes con quemaduras importantes han mejorado en los últimos años como resultado de una mejora en cuidados intensivos y desarrollo de técnicas quirúrgicas. El tratamiento de una quemadura es complejo y hay áreas donde la evidencia parece contradictoria o requiere más estudio.

Matthew B, Goverman J., Douglas L; 2014	Benchmarking Outcomes in the Critically Injured Burn Patient	Estudio observacional prospectivo	Determinar y comparar los la relación de las características del paciente y la severidad de la lesión con la mortalidad.	Las tasas de mortalidad, a pesar del significativo porcentaje de quemaduras y la presencia de lesiones por inhalación, han disminuido significativamente gracias a la cirugía moderna y la medicina intensiva, hasta el punto de observar una mejoría notable en pacientes de incluso más de 55 años.
Fernández Vega F.L., Puebla Farigola I., Carrillo Vázquez L.; 2015	Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemaduras	Estudio descriptivo	Identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes en pacientes ingresados por quemaduras.	Un alto porcentaje de pacientes no tenía reflejado en su historia clínica ninguna alteración psicológica postquemadura y no fue valorado. La mayoría de pacientes con alteraciones psicológicas registradas, presentaban una combinación de varias. La terapia de apoyo fue el método más empleado en los pacientes tratados.
Barichello E., Silva M.C.V, Barbosa M.H, Iwamoto H.H.;2010.	Diagnósticos de enfermería en pacientes internados por quemaduras	Revisión de la literatura	Conocer los diagnósticos de enfermería en pacientes hospitalizados por quemaduras.	Los diagnósticos prevalentes fueron el dolor, déficit de volumen de líquidos y ansiedad, lo que señala que el profesional tenga en cuenta no solo los problemas fisiopatológicos, si no también trastornos psicológicos.
Bayuo J., Agbenorku P.; 2015	Nurses' perceptions and experiences regarding Morphine usage in burn pain management.	Estudio descriptivo	Investigar sobre la comprensión que tienen las enfermeras ante el uso del analgésicos para el dolor en el paciente con quemaduras.	Los resultados indican que las enfermeras tienen una clara comprensión de la intensidad del dolor en el paciente quemado y están conformes en la administración de analgesia, pero la percepción hacia la morfina, en concreto, fue mixta, teniendo la mitad de ellas preferencia por analgésicos no opioides.

6. ANÁLISIS

Tras leer y analizar los 15 artículos seleccionados, se ha desarrollado un análisis poniendo en común las investigaciones de los diversos autores y seleccionando las ideas claves más relevantes sobre el tema. Más concretamente, se ha estructurado en cuatro subtemas: Importancia del abordaje psicológico del paciente quemado, la atención multidisciplinaria como factor clave en el tratamiento, incluyendo los cuidados de enfermería y por último las experiencias que inundan a los profesionales de enfermería durante el cuidado de estos pacientes. En la figura 12 se muestra la proporción de artículos utilizada en cada subárea.

Figura 12. Artículos seleccionados en función del subárea temática.



6.1. IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL PACIENTE QUEMADO.

Uno de los factores claves en el tratamiento de un paciente gran quemado para favorecer su recuperación es atender a todas sus necesidades. En el caso de estos pacientes, entre el resto de necesidades, destacan las psicológicas, ya que las quemaduras graves implican, en gran medida, que los pacientes sufran un desequilibrio emocional debido a la trágica situación a la que están expuestos. Fernández, Puebla & Carrillo (2015) en su estudio, atribuyeron que de una muestra de

62 pacientes ingresados en un centro de quemados, solo las historias clínicas de un 48,3% de pacientes reflejaban que habían sufrido alteraciones psicológicas y por otro lado, que un 31,2% no recibieron valoración psicológica, ni por lo tanto fueron tratados ni en el momento del ingreso ni durante la estancia. Este último dato nos sugiere que aunque en las historias clínicas existiera un porcentaje de 48,3% pacientes que si presentaban alteraciones psicológicas, no es real puesto que el 31,2% no recibieron ningún tipo de valoración.

A este hecho de falta de valoración psicológica en pacientes quemados, se suman los autores Alcázar, Fidalgo & Laplana (2014) puesto que en su investigación, de una muestra de 36 pacientes ingresados como causa secundaria a quemaduras graves, en un 51,6% de pacientes tampoco aparecía reflejado en la historia clínica ningún síntoma característico de alteración psicológica. Dato que ella misma afirma al igual que el autor anterior, y es la presencia de una inexistencia de valoración psicológica y psiquiátrica en un alto porcentaje de pacientes estudiados. Es por ello, que debido a este dato relevante resultado de su estudio, la autora atribuye gran énfasis al hecho de incluir a estos pacientes en lo que ella describe como grupo de riesgo de padecer trastornos de ansiedad, para que puedan ser tratados desde el punto de vista psicológico desde el momento del ingreso, siempre y cuando el estado del mismo paciente lo permita.

Por otra parte, Sueli, Goyatá & Aparecida (2009) también se suman a los autores anteriores respecto a la importancia de la atención psicológica. En su estudio, días previos al alta, predominaban los diagnósticos de enfermería relacionados con aspectos físicos y psicosociales. Además, afirma que uno de los grandes temores de los pacientes era la reintegración a la vida cotidiana y por tanto, se cree necesario que los pacientes prescindan de una valoración psicológica constante para que puedan afrontar esta reintegración a su día a día de una forma más efectiva. Asimismo, Sueli, et. al (2009) también atribuye gran énfasis a trabajar también con la familia desde el punto de vista psicológico, puesto que en su estudio, las preocupaciones de los familiares en el momento del alta se centraban en los cuidados físicos como la cura de las heridas y el riesgo de infección, dejando a un lado la parte del afrontamiento. Es por ello, que recalca que por tanto, una de las tareas del enfermero consistirá en escuchar a la familia y resolver sus dudas, ofreciéndole apoyo en todo momento, para que asimismo, ellos puedan brindar apoyo también al enfermo en su fase de

recuperación, disminuyendo la presencia de miedo e incertidumbre en lo que concierne a la readaptación al rol anterior a la lesión.

Es por tanto, que si unificamos criterios, a modo de conclusión, podemos destacar que los autores mencionados anteriormente hacen hincapié en la necesidad de que los pacientes con quemaduras graves requieran desde un primer momento unos cuidados psicológicos y deben atribuirse como un grupo vulnerable a sufrir alteraciones psicológicas, y de acuerdo con Fernández, et. al. (2015) esta psicoterapia de apoyo forma parte del proceso de enfermería. De modo que es necesario resaltar el dato al que también se suman Silva & Souza (2010) y es que esta parte de los cuidados hay que tratarla, porque en ocasiones, queda en el olvido.

6.2. LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA COMO FACTOR CLAVE EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO

Los pacientes con quemaduras severas, están sometidos a unos cuidados muy específicos donde la importancia de la atención multidisciplinaria es imprescindible debido a la complejidad del proceso de curación de este tipo de paciente. Como hemos podido observar en el apartado anterior, todos los autores comparten la importancia de la atención psicológica a este tipo de pacientes. Especialmente Fernández, et. al. (2015) comparte la idea de que el paciente debe ser valorado psicológicamente, pero sugiere la idea de que esta valoración no solo sea propiciada por psicólogos y psiquiatras, si no que la enfermera también asume un papel fundamental y debe incluir la atención psicológica como aspecto importante en los cuidados de enfermería

Este dato de que la enfermera también asuma estos cuidados se acerca a la atención multidisciplinaria. Barreto de Carvalho, Amaral, Ribeiro, Lopes & Clebeson (2012) afirman que la falta de integración entre los profesionales implica una demora en la atención a las necesidades de los pacientes, dificulta el cuidado integral y de buena calidad, y perjudica la recuperación del sujeto. A ello se añade, Su Win, Nizamoglu, Maharaj, Smailes, Muttardi, et. al (2017), quienes afirman que la mortalidad se reduce en unidades especializadas para el paciente quemado, y que estos servicios especializados se basan en emplear un enfoque multidisciplinario. En su estudio, los resultados indicaban una mortalidad de pacientes quemados del 10,5% en unidades de cuidados intensivos no específicas, mientras que en unidades de cuidados

intensivos específicas para grandes quemados, el porcentaje asumía el 6,67%, dato se puede resaltar como una reducción considerable de la tasa de mortalidad.

A este dato se suman Mathew, Goverman & Douglas (2014) que tras realizar un estudio sobre las tasas de mortalidad en pacientes con quemaduras graves y compararlo con uno realizado entre 1960 y 1980 obtuvo beneficio de supervivencia del 29%. Además, refleja que estas tasas de supervivencia no solo han mejorado por la evolución de la medicina, si no por la integración de los profesionales y el hecho de brindar una atención multidisciplinaria como equipo.

Finalmente, podemos unificar los datos validados de estos autores anteriores junto con la de Rowley (2013) quien también afirma que las tasas de supervivencia han mejorado en los últimos años como resultado de una mejora en cuidados intensivos y como consecuencia de un trato más específico brindado por todo el equipo que lo trata. Es por ello, que podemos resaltar la gran importancia que asume el tratar a este tipo de pacientes desde una perspectiva multidisciplinaria, siendo fundamental la cohesión y coordinación de todo el equipo que trata al paciente, ya que si todos están unidos y existe una comunicación entre ellos, la recuperación del paciente se verá beneficiada, se podrá detectar cualquier mínimo cambio que sufra el mismo y se abarcará al paciente de una forma integral.

6.3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO DEL PACIENTE QUEMADO.

La atención multidisciplinaria es un aspecto a destacar en la atención a un paciente quemado. Barreto de Carvalho, et. al. (2012) destaca la gran importancia que asume el profesional de enfermería como miembro del equipo en este ámbito. Es por ello, que sintetizando criterios, y comprendiendo la gran importancia que asume el rol de enfermería ante estos pacientes, se podrá constatar lo que apunta Silva, et. al. (2010) y es que tras analizar los cuidados tan complejos que van a requerir los pacientes, incluso con la presencia de un riesgo vital, los profesionales de enfermería deben invertir en investigación para adquirir nuevos conocimientos y perfeccionar los ya adquiridos teniendo competencia de toda la fisiopatología, con el fin de desarrollar acciones de calidad en la prevención y protección del paciente, puesto que serán ellos los que acompañaran al paciente durante un largo periodo de tiempo y los que tendrán que desarrollar unos cuidados individualizados en función de su demanda.

Dalle, Devos, Tomaschewski, Lerch, Marcelino, et. al. (2012) añaden tres puntos clave para conseguir un trato de calidad en el paciente: Orientar al paciente, protegerlo y garantizar la calidad del cuidado. Pero atribuye gran importancia a la formación constante del profesional, para garantizarle la calidad en un servicio tan específico y que evoluciona tanto como es este. Además, otra de las circunstancias por las que el autor concede gran importancia a la formación de los profesionales, es porque en su estudio dentro del ámbito de protección al paciente, encontramos la opinión de la enfermera cuestionando conductas médicas pero siempre con la finalidad de ejercer defensa en el paciente. Y para ello, deberá estar preparada para cuestionarse a ella misma si los cuidados que está realizando son los correctos.

Este dato de se puede cerciorar en el estudio realizado por Bayuo & Agbenorku (2015) donde las propias enfermeras tenían diferentes percepciones respecto a la administración de analgesia, siendo el 50% de ellos participes en el uso de morfina y el otro 50% no. Es por ello que junto con Barichello, Silva, Barbosa & Iwamoto (2010), destacan la importancia de que la enfermera tiene que estar capacitada para influir en la toma de decisiones respecto al tipo de analgesia, ya que en este tipo de pacientes, es la enfermera quien detectará el dolor ya sea mediante la comunicación con el paciente o la observación propia del mismo, y por tanto debe adquirir cierta autonomía.

De modo que para concluir, se puede destacar que todos los autores están de acuerdo con el dato de que los profesionales de enfermería tienen que estar en continua formación para ofrecer unos cuidados de calidad a este tipo de paciente en estado crítico, ya que dichos cuidados serán complejos.

6.4. SENTIMIENTOS QUE EXPERIMENTAN LAS ENFERMERAS DURANTE EL CUIDADO DEL PACIENTE QUEMADO

El cuidado de un paciente quemado es un trabajo difícil, ya que los profesionales se enfrentan a una situación compleja, donde además, el rol que ejerce la enfermería es fundamental. En su estudio realizado en Australia, Trevisan, Cescatto, Perfeito, Hirata, Cruz, et. al. (2014) seleccionaron a una muestra de 20 enfermeras, de las cuales, la mayoría afirmaban que había sido el trabajo más difícil que habían experimentado hasta el momento, tanto a nivel del cuidado del paciente como de la familia, y que una de las causas podía ser el hecho de empatizar con ambos y sentir dolor, tristeza, frustración e incluso rabia. Además, la mayoría estaban de acuerdo con el dato de que

en numerosas ocasiones, experimentaban dichos sentimientos negativos porque se sentían incompetentes de forma profesional respecto al paciente y porque el proceso de recuperación era lento.

Bayuo (2017), en otro de sus estudios, cuya muestra era de 7 enfermeras de cuidados intensivos, se suma a la contribución anterior y añade, que uno de los motivos que causa estrés en las enfermeras es el alto porcentaje de mortalidad existentes en los grandes quemados y las incapacidades que presentarán los pacientes que superen la situación. Además, también añade que otra de las causas que genera sentimientos negativos son las preguntas constantes de los familiares sobre si el paciente sobrevivirá o no, y poder contestar al no saber realmente lo que sucederá debido a los constantes cuadros clínicos de inestabilidad que presentan los pacientes.

Por otro lado, Trevisan, et. al. (2014) también identificó en su estudio sentimientos de felicidad al cuidar al paciente y ver su recuperación, estudio al que atribuye similitud con otros realizados con anterioridad.

Además, Barbosa, Andrade, Mello, Vicente, Gomes, et. al. (2015) describen que no solo la circunstancia emocional de los pacientes influye en el profesional, sino que también las condiciones laborales ejercen un papel fundamental en la salud psicológica del equipo. En su estudio realizado mediante un cuestionario, de una muestra de 37 enfermeras, un 62,16% relejaba una sobrecarga de trabajo como causa de estrés. Por este motivo, el autor exige un ajuste dinámico entre la persona y el puesto de trabajo para que los profesionales puedan hacer frente de una mejor manera a su trabajo.

Todos los autores anteriores destacan los sentimientos negativos, pero como se ha podido observar algún autor también destaca los positivos. Barreto Coelho & Carvalho (2010) añaden que no se deben menospreciar estos sentimientos negativos, si no que se deben establecer unas estrategias defensivas para reducir el desgaste físico y mental de los profesionales de enfermería, cuyo resultado será beneficioso tanto para el paciente, como para el propio profesional.

Por lo que concluyendo de una forma más emocional, podemos destacar que toda relación comporta un desgaste, especialmente la de enfermera-paciente, y los sentimientos positivos emergen cuando se ve la recuperación del paciente, y el profesional ve el significado de todos los cuidados que ha realizado.

7. CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, tras analizar los artículos e investigar sobre el tema, podemos dar respuesta a la cuestión planteada anteriormente en el marco conceptual, ¿cuáles son los aspectos claves que tienen que abarcar los profesionales de enfermería para tratar a este tipo de paciente?

Como bien hemos analizado durante todo el trabajo, un paciente crítico quemado requiere una serie de cuidados complejos debido a sus constantes cuadros de inestabilidad, es por ello que como conclusión podemos destacar que:

- Los profesionales de enfermería asumen una gran importancia en el cuidado del paciente quemado, por lo que deben de estar preparados a nivel profesional y tendrán que formarse continuamente.
- Al tratarse de una situación de una situación grave, los profesionales de enfermería tienen que estar preparados a nivel psicológico, ya que se enfrentan a un proceso duro emocionalmente.
- Establecer terapias de apoyo para los profesionales de enfermería podría resultar beneficioso tanto para el paciente, como para el propio profesional.
- La necesidad psicológica del paciente se verá alterada, y al tratarse de una de las más importantes, el paciente tendrá que ser valorado desde el principio.
- Abarcar al paciente desde una perspectiva multidisciplinaria beneficiará su recuperación como causa de la cohesión y coordinación del todo el equipo profesional.

8. LIMITACIONES

Esta revisión bibliográfica ha sido realizada únicamente por una persona y solo se han incluido los artículos de acceso gratuito en las bases de datos, lo cual implica que se han podido dejar de considerar otros artículos importantes sobre el tema, y además, ha hecho se hayan incluido tres artículos de revisión de la literatura y que se hayan utilizado palabras clave muy generales. Además, el tema ha ido enfocado a una atención enfermera generalizada, por lo que no se han incluido artículos de tratamiento específico de las quemaduras.

9. PROPUESTA DE MEJORA

Tras la investigación realizada, uno de los aspectos claves que permitirían mejorar la dinámica y el papel que ejerce la enfermería sería el empleo de la terminología ATIC como plan de curas en otras comunidades autónomas, ya que actualmente solo se prescinde de ella en los hospitales públicos de Cataluña. Esta terminología basada en riesgos y problemas reales es un método innovador y que al tener una elevada especificidad, se adapta cada vez más a las necesidades de los pacientes, y por tanto, al lenguaje enfermero, por facilitarles el trabajo diario pudiéndose acercar más a los cuidados que requieren los pacientes.

Por otra parte, otro de los aspectos a mejorar sería la elaboración de estrategias de afrontamiento para los propios profesionales de enfermería, ya que el cuidado de este tipo de pacientes críticos, les puede generar estrés que puede repercutir tanto en su vida diaria como en su trabajo como profesionales de la salud.

Y finalmente, pero no menos importante, la formación a todos los profesionales para un mejor abordaje psicológico del paciente. Es decir, que todos los profesionales, y especialmente los de enfermería por acompañar al paciente durante un largo periodo de tiempo diario, tengan una formación adecuada para abarcar las necesidades psicológicas que el paciente requiere durante su recuperación, porque como se ha comentado anteriormente aunque se suplan las necesidades físicas que el paciente requiere, el abordaje no será integral si se olvida esta faceta tan sumamente importante. Por lo que la idea sería ofrecer al paciente una atención integral centrada en la emoción incluyendo la parte física, psíquica y social.

10. BIBLIOGRAFÍA

Alcázar Gabás, M., Fidalgo Pamplona, M. P., Laplana Miguel O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras en una Unidad de Quemados. *Cirugía plástica Ibero-Latinoamericana*. 40(2): 159-169. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000200005

Barbosa de Oliveira, E., Andrade G. , Mello Almeida, F. P., Vicente Silva A., Gomes Fabre, J. M., Cardoso Vieira, M. L. (2015). O trabalho de enfermagem em centro de tratamento de queimados: riscos psicossociais. *Revista de Pesquisa*. 7(4):3317-3326. Recuperado de: <http://www.index-f.com.sabidi.urv.cat/pesquisa/2015pdf/73317.pdf>

Bare, B., Cheever, K. H., Hinkle, J., Smeltzer, S. (2012). *Enfermería medicoquirúrgica*. (12ª ed.) (vol. II). Barcelona: WoltersKluwer.

Barichello, E., Silva, M. C. V, Barbosa, M. H, Iwamoto, H. H. (2010). *Diagnósticos de enfermería en pacientes internados por quemaduras*. *Enfermería Global*. 20. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eq/n20/revision3.pdf>

Barreto Coelho, J. A., Carvalho de Araújo, S. T. (2010). Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. *Acta Paul Enferm*. 23(1): 60-64. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/10.pdf>

Barreto de Carvalho, F. P., Amaral de Moura, H. L. C., Ribeiro Soares, F. R., LopesFernandes, A. C. Clebeson de Oliveira, L. (2012). Team work processes of care to burned patient. *Journal of Nursing*. 6(11): 2729-2734. Recuperado de: http://www.index-f.com.sabidi.urv.cat/new/cuiden/extendida.php?cdid=682200_1

Bayuo, J. (2017). Nurses' experiences of caring for severely burned patients. Elsevier. Recuperado de: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1322769617300537?via%3Dihub>

Bayuo, J., Agbenorku, P. (2015). Nurse's perceptions and experiences regarding Morphine usage in burn pain management. *Burns*. 4(1). 864-871. Recuperado de: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0305417914003684?via%3Dihub>

Carmona Monge, F. J., Sánchez Sanz, E., Salvadores Fuentes, P. (2011). *Enfermería en cuidados críticos*. Madrid: Ramón Areces.

Cisneros Herreros, J. M., Carneado de la Fuente, J. (2009). *Manual de urgencias*. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla: Lumen Gráfica.

Collado Delfa, J., Barret Nerin, J. P., Domínguez Sampedro, P., Moreno Ramos, C., Sánchez Vallejo J. C., et al. (2014). *Protocolo de atención inicial al quemado*. (Tomás Gimeno, trad.). Barcelona. (Obra original publicada en 2013)

Curiel-Balsera, E., Prieto-Palomino, M.A., Fernández-Jiménez, S., Fernández Ortega, J.F, Mora-Ordóñez, J. & Delgado-Amaya, M.. (2006). Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbilidad del gran quemado. *Medicina intensiva*, 30(8),363-369.

Dalle Nogario, A. C., DevosBarlem, E. L., Tomaschewski-Barlem, J. G., LerchLunardi V., Marcelino Ramos, A., Calçada de Oliveira, A. C. (2012). Nursing actions in practicing inpatient advocacy in a Burn Unit. *Journal of School of Nursing*. 49(4): 579-586.
Recuperado de:
http://www.scielo.br/sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400580&lng=en&nrm=iso&tlng=en

España, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. (2014). *Pautas de actuación en urgencias en el centro de salud rural*. Madrid: IMC.

Esquinas Serrano, S., Palazuelos Puerta, P. (2017). *Oncohematología. Piel*. Manual CTO de enfermería. Tomo IV. Madrid: CTO.

Fernández Ayuso, D., Molano Álvarez, E., Duque Duque, F., Pérez Olmo, J. L. (2008). *Cuidado integral del paciente crítico. De la extrahospitalaria a la UCI*. Barcelona: Elsevier.

Fernández Ayuso, D., Morrillo Rodríguez, J. (2016). *Enfermería clínica II. Cuidados críticos y especialidades médico-quirúrgicas*. Barcelona: Elsevier.

Fernández Vega, F. L., Puebla Farigola, I., Carrillo Vázquez, L. (2015) Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemaduras. *Revista Médica Granma*. 19(1).
Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul151b.pdf>

Herndon, D. N. (2009). *Tratamiento integral de las quemaduras*. (3ª ed.) Barcelona: Elsevier.

Jiménez, X., Net, A., Nicolás, J. M., Ruiz, J. (2011). *Enfermo crítico y emergencias*. Barcelona: Elsevier.

Juvé M. E. (2016). *ATIC. Eje diagnóstico*. Barcelona: Naaxpot.

Lewis, S. M., Heitkemper, M. M. & Disken, S. R. (2004). Enfermería medicoquirúrgica. *Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos*. (6ª ed.) (vol. I). Madrid: Elsevier.

López Ortega, J., Morales Asencio, J. M., Quesada Moya, A. (2007). *Cuidados al paciente crítico adulto*. Madrid: DAE.

Matthew, B., Goverman, J., Douglas, L. (2014). Benchmarking Outcomes in the Critically injured Burn Patient. *Annals of Surgery*. 259 (5). 833-844. Recuperado de: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2483803/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2483803)

Navarro, V., Novel, G. (2000). Enfermería médico-quirúrgica. *Necesidad de comunicación y seguridad*. Barcelona: Masson.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Quemaduras*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>

Pérez, M.T., Martínez P., Pérez, L., Padilla, J.H. (2011) Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

Rowley Conwy, G. (2013). Management of burns in intensive and acute care. *Art sciencie*. 27(45): 63-68. Recuperado de: <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/docview/1413087429?accountid=14733#center>

Silva L. S., Souza R.S. (2010). Cuidados de enfermagem ao cliente queimado. Revisão sistêmica. *Revista de Pesquisa*. 2(1): 470-479. Recuperado de: http://www.index-f.com.sabidi.urv.cat/new/cuiden/extendida.php?cdid=662590_1

Sueli Leiko, T., Goyatá, R. N, Aparecida Ross, L. (2009). Nursing Diagnoses of Burned Patients and Relatives' Perceptions of Patients's Needs. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 20(1): 16-24. Recuperado de: <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/docview/1413087429?accountid=14733#center>

Su Win, T., Nizamoglu, M., Maharaj, R., Smailes, S., Muttard, N., et al. (2017). Relationship between multidisciplinary critical care and burn patients survival: A propensity – matched national cohort analysis. *Burns*. 44: 57-64. Recuperado de: https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0305417917306058?_rdoc=1&_fmt=high&_origi_n=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb

TrevisanMartins, J., CescattoBobroff, M. C., Perfeito Ribeiro, R., HirataSoares, M., Cruz Robazzi, L.C, et. al.. (2014). Sentimientos vivenciados pela equipe de enfermagem de un centro de tratamento de quemados. Revista de Pesquisa. 18(3): 522-526. Recuperado de: http://www.scielo.br/sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300522&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt