

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

-Titulo-

ATENCIÓN AL PACIENTE GRAN QUEMADO: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Autora: Esperanza López Domene

Tutora: María Isabel Gutiérrez Izquierdo

ATENCIÓN AL PACIENTE GRAN QUEMADO: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Grado en Enfermería. Trabajo Fin de Grado. Curso Académico: 2012/2013.

Autora: Esperanza López Domene. **Tutora:** María Isabel Gutiérrez Izquierdo.

ÍNDICE.

Resumen	1
1. Introducción.....	2
1.1. Etiología de las quemaduras.....	3
1.2. Clasificación de las quemaduras. Paciente Gran Quemado.....	3
3. Metodología. Diseño y recolección de datos.....	5
4. Desarrollo.....	6
5. Discusión.....	7
6. Conclusiones.....	13
7. Bibliografía.....	14

RESUMEN

El paciente gran quemado es, para muchos profesionales de la salud, un reto difícil al que enfrentarse por el gran número de complicaciones y por la alta mortalidad que presenta. Debido a las altas cifras de pacientes que sufren actualmente esta patología, es por lo que se ha decidido realizar este trabajo. Nuestro objetivo es conocer y comparar los diferentes planes de cuidados, guías de práctica clínica, protocolos y artículos existentes sobre el paciente gran quemado. La metodología a seguir ha sido una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos biosanitarias. Al finalizar el trabajo, se ha llegado a las conclusiones de que las líneas de actuación ante un paciente gran quemado son similares en los diferentes Servicios de Salud; además, los cuidados al paciente gran quemado por parte de los profesionales sanitarios del servicio de Urgencias y Emergencias, son de alta calidad por la especialidad de los profesionales y su rápida actuación ante esta patología.

1. Introducción.

Las quemaduras que se producen en los grandes quemados conllevan tales complicaciones que es considerada como una de las patologías más graves y que más incapacitaciones producen. Así es, que todo paciente gran quemado es considerado como un politraumatizado y se le tratará como tal desde la atención sanitaria prehospitalaria.

Según los Servicios de Urgencias y Emergencias, las quemaduras se producen con mayor frecuencia en el ámbito doméstico, los accidentes de tráfico y los accidentes durante la jornada laboral (1). Se estima que un elevado porcentaje, en torno al 85%, podía evitarse, ya que se deben a descuidos, en general doméstico. (2)

Por ello, la atención al paciente quemado debe ser precisa e inmediata por los servicios de Urgencias prehospitalarias, de ahí la importancia de un acertado y precoz pronóstico, para la consiguiente evolución y posterior recuperación. (3) La existencia de protocolos de actuación en caso de urgencias en paciente gran quemado son de gran utilidad para la unificación de técnicas, para la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria. El enfoque diagnóstico y terapéutico inicial del paciente quemado es fundamental para disminuir la morbilidad y las complicaciones propias de las quemaduras del Síndrome del Gran Quemado, como bien se cita en el Protocolo de actuación y manejo del paciente quemado en el Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Haya de Málaga (1).

Es importante diferenciar entre un paciente con quemaduras locales, sin compromiso del estado general, sin afectación sistémica, y el Síndrome del Gran Quemado. En este caso, lo más importante en un inicio es estabilizar, rehidratar al paciente con el objetivo de reemplazar los fluidos que haya podido perder hasta el momento, y posteriormente se procede recubriendo las heridas con apósitos estériles y suero fisiológico. La cura pasa a segundo plano siendo las numerosas complicaciones el centro de la asistencia a esta patología crítica. (3).

En Andalucía contamos con dos centros de referencia con Unidades de Quemados. La Unidad de Quemados del Hospital Carlos Haya de Málaga es referente para Andalucía Oriental y Melilla, mientras que la Unidad de Quemados del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, lo es para el resto de provincias andaluzas.

1.1. Etiología de las quemaduras.

Los agentes causales de las quemaduras pueden ser de diferente naturaleza. Dependiendo de éste, podremos encontrar quemaduras que se presentan como leves afectaciones de los tejidos, o se pueden presentar hasta como una destrucción total de tejidos. (1)

En el anexo I y anexo II se presentan dos algoritmos donde se muestran los diferentes agentes, el mecanismo de acción y la descripción de la quemadura que producen.

1.2. Clasificación de las quemaduras. Paciente Gran Quemado.

En la clasificación de las quemaduras debemos tener en cuenta la profundidad y la extensión. En el anexo III se recoge la clasificación teniendo en cuenta dichos parámetros. Las quemaduras de primer grado, segundo grado y tercer grado, son alteraciones en la piel producidas por un agente externo sin que exista afectación sistémica en el paciente. Sin embargo, se identifica a un paciente como gran quemado cuando, según la ABA (*American Burn Association*) (8) reúne características propias, dependiendo de la extensión, profundidad, localización y edad. Es una patología crítica en la que las quemaduras pasan a un segundo plano, siendo de principal atención las constantes vitales (vía aérea, ventilación y circulación). Es por ello que se requiere una atención rápida y multidisciplinar para minimizar las complicaciones y aumentar la supervivencia en este tipo de patologías. (1)

- Características definatorias de paciente gran quemado (1) (5) (6) :

- Índice de gravedad > 70 puntos, o con quemaduras de 2º y 3º grado > 20% SC¹.
- Pacientes pediátricos menores de 2 años o adultos mayores de 65 años con 10% o más de quemaduras (2º y 3º).
- Todo paciente con quemaduras respiratorias o por inhalación de humo (síndrome de inhalación, síndrome de distress respiratorio, etc.)

¹ SC: Superficie Corporal

- Todo paciente con quemaduras eléctricas por alta tensión.
- Todo paciente con quemaduras asociado a politraumatismo.
- Quemaduras que afecten a cara y/o cuello.
- Quemados con patologías graves asociadas (alteraciones psiquiátricas o psicosociales, diabetes, cardiovasculares, desnutrición, alteraciones sanguíneas y hemodinámicas, afectaciones crónicas broncopulmonares, insuficiencia renal, hepática o suprarrenal, antecedentes de úlcera gastroduodenal, VIH u otras enfermedades inmunosupresoras)
- Otras condiciones: embarazo, dependencia a sustancias y drogas narcóticas, etc.

1.3. Justificación del estudio.

El gran número de personas que sufren esta patología y la complejidad de los cuidados a un gran quemado –por la alteración severa del estado general y la gran cantidad de complicaciones asociadas–, supone un reto para el personal de enfermería.

En la actualidad, La Comunidad Autónoma de Andalucía consta de dos centros especializados en el tratamiento de quemados: el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. El porcentaje de ingresos del total de quemados oscila de entre un 15% a un 20% en el caso de Sevilla y de un 35% al 45% en Málaga (datos estadísticos del año 2009). (4) A nivel nacional, el número de ingresos hospitalarios por quemaduras durante el 2008 fue de 4.422. (4).

Tras ser nombrado centro de referencia nacional en 2008, “el Hospital de la Paz de Madrid presta atención sanitaria urgente a más de mil pacientes cada año y se ingresan unos 200, según informó ante los medios de comunicación, el consejero de Sanidad, Javier Fernández Lasquetty” (5)

Por todo ello, consideramos necesario realizar una revisión bibliográfica de este tema con el fin de actualizar conocimientos; intentando mejorar así la atención y los cuidados de forma holística, evitando a su vez complicaciones.

2. Objetivo.

2.1. Objetivo general.

- Revisar la documentación existente sobre atención de enfermería a grandes quemados.

2.2. Objetivos específicos.

- Valorar los distintos planes de cuidados, guías de práctica clínica, protocolos y artículos sobre grandes quemados.
- Comparar las distintas actuaciones de enfermería sobre grandes quemados y detectar diferencias y similitudes.

3. Metodología. Diseño y recolección de datos

La metodología empleada ha sido la realización de una revisión bibliográfica en bases de datos biosanitarias como Scielo, Cuiden, Pubmed, Crochrane Plus, Medline, Dialnet. En ella se incluyeron también artículos de revistas indexadas nacionales e internacionales (como Index de Enfermería, Nure Investigación, revista interna del SAMUR-Protección Civil, revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, revista de la Sociedad Española de Heridas (SEHER), guías de práctica clínica de diferentes Hospitales y Comunidades Autónomas (Guía de Práctica Clínica² de la Junta de Andalucía, GPC Hospital Carlos Haya de Málaga, Guía clínica del Gran Quemado del Ministerio de Salud de Chile), así como protocolos de actuación con el paciente gran quemado, tanto en atención extrahospitalaria como hospitalaria (Protocolos de actuación y manejo del paciente quemado en el Servicio de Urgencias). Así pues, se valorarán las diferencias y similitudes entre dichas guías y protocolos, comparando las actuaciones de enfermería.

En la búsqueda en las diferentes bases de datos anteriormente citadas, se usaron descriptores como “paciente gran quemado”, “protocolos de atención de urgencia a

² Guía de Práctica Clínica, a partir de ahora, GPC.

paciente gran quemado”, “guías de práctica clínica”, “atención prehospitalaria a paciente quemado”...

Para una actualizada evidencia científica, se han elegido publicaciones de entre el año 2000 al 2013, rechazándose aquellos artículos de más de trece años de antigüedad. No se ha establecido ningún límite lingüístico en cuanto a idioma, aceptándose información en español, así como inglés y portugués.

Para conseguir los objetivos planteados, con toda la documentación encontrada, se realizó una lectura comprensiva, un análisis exhaustivo y posterior organización, según la última evidencia científica.

4. Desarrollo.

A lo largo de la historia se han producido importantes cambios en el cuidado del paciente quemado, así como también han cambiado los agentes externos que producen quemaduras. Hipócrates, alrededor del año 430 a.C., plasmó en sus escritos los objetivos que él consideraba primordiales para el tratamiento de las quemaduras que, hasta hoy, siguen en vigencia. Hasta poco antes de sus trabajos, se creía en la curación natural mediante miel de abeja y ritos mágicos. Aristóteles también se preocupó por esta patología, al igual que los romanos en el siglo I con el surgir de la cirugía reconstructiva. Además poseemos información por escrito, pues gracias al descubrimiento del Papiro de Ebers conocemos cómo era el cuidado de las quemaduras en aquella época. Pero fue tras la Segunda Guerra Mundial, el conflicto de Corea y de Vietnam, cuando se produjo otro impulso importante para el cuidado de las quemaduras, siendo quemaduras de gran extensión las que aquí se produjeron por el conflicto armado. (7)

El tratamiento de las quemaduras ha evolucionado paralelamente junto con el desarrollo de la medicina y la tecnología. En el caso del paciente gran quemado, los avances en investigación se han producido de manera paralela entre los avances de terapia antimicrobiana, avances en cirugía plástica y reconstitutiva, y con la importancia de intervención temprana mediante el aislamiento de la vía aérea, reposición de líquidos y analgesia. En este desarrollo debe tenerse en cuenta a la ABA (*American Burn*

Association) como líder en el campo en cuanto a publicaciones, investigación y docencia; que “desde su nacimiento en 1967, estimula y apoya a la investigación en quemaduras” y sus publicaciones abarcan la información más actual y puntera. (8)

El paciente gran quemado es una patología que está ligada a grandes complicaciones para la vida del paciente. Es primordial la atención temprana para disminuir tanto complicaciones, como para mejorar el pronóstico, evolución y recuperación del afectado. La unificación de la práctica sanitaria es fundamental para poner los pilares entre la evidencia científica y la objetividad. Solo así se mejorará la calidad de la asistencia repercutiendo directamente sobre la disminución de la mortalidad en esta patología. A finales del pasado año 2012, especialistas del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, bomberos y personal sanitario del 061-EPES, se reunieron “con el fin de abordar un protocolo único y coinciden en que el tratamiento ha de ser temprano, homogéneo y coherente durante todo el proceso de asistencia a los pacientes”. (9) Las mejoras de la atención, según explicó ante los medios de comunicación José M. Domínguez (jefe de sección de Cuidados Críticos y Urgencias), estarán encaminadas a la mejora de la comunicación entre los cuatro niveles asistenciales y el diagnóstico precoz para reducir la mortalidad. (9)

5. Discusión.

Al comparar los diferentes planes de cuidados y guías existentes sobre el paciente gran quemado y la actuación de los equipos de Cuidados Críticos, se ha comprobado que la unificación de criterios de actuación es casi total por parte de los profesionales sanitarios ante este tipo de patologías. Tras revisar numerosos artículos, guías de práctica clínica y protocolos de actuación disponibles de diferentes servicios de salud como Andalucía (1) (3) (4) (19) , Madrid (10) (13) (14) (16), Pamplona (18), y Valencia (17), –de los cuales se han revisado GPC y protocolos publicados– y por la bibliografía consultada de otros países (como México (21) (22), Colombia (24), Chile (11) y Costa Rica (23), se ha comprobado que los profesionales poseen una elaborada y metódica documentación sobre la atención al paciente gran quemado. Se ha de destacar de un modo especial, que son numerosos los trabajos latinoamericanos disponibles sobre atención al paciente gran quemado, en comparación con las

publicaciones españolas. Aun así, no por ello es diferente el modo de aplicar los cuidados, siendo muy similar a los cuidados españoles.

Toda documentación encontrada sobre atención al Paciente Gran Quemado, hace referencia a la ABA (*American Burn Association*) (8). Es por ello por lo que la unificación de los cuidados de enfermería sigue unas mismas líneas aún en diferentes Sistemas de Salud.

Por todos es bien conocida la actuación de retirar al paciente del foco de calor, retirar ropa, anillos, pulseras, recortar ropa pegada, etc.; además de la valoración de la SCQ³ para un diagnóstico y tratamiento precoz. (1) (15) (16) (20) (24). En el tratamiento local en atención prehospitalaria de las quemaduras, toda bibliografía consultada coincide en que la limpieza debe realizarse con solución salina isotónica (suero fisiológico al 0.9%) y la aplicación de apósitos estériles. Los últimos trabajos publicados en el año 2013 (27), afirman que se puede lavar con agua de grifo (si es potable), dependiendo de si se realiza la cura en un centro sanitario o fuera de él. Debe realizarse durante 20 minutos con agua tibia (ya que el agua fría produce vasoconstricción, acelerando la progresión de la quemadura local y aumentando el dolor). Además el agua elimina agentes nocivos presentes en la quemadura, disminuye el dolor y el edema que se pueda producir. La cura en profundidad se realizará posteriormente cuando se haya estabilizado el paciente y las actividades de Soporte Vital estén cubiertas ya en hospitalización. El traslado no se retrasará por la realización de una cura *in situ*. (14) (16). El personal sanitario se limitará a cubrirla bien para evitar el riesgo de infección y contribuir a los cuidados ante la hipotermia que sufren estos pacientes por la pérdida de integridad cutánea.

Todos coinciden en la importancia del “ABC” (1) (14) (15) (16) (20), en lo necesario que es una actuación rápida y coordinada que aumente la supervivencia del afectado, y en el trato del paciente gran quemado como un paciente politraumatizado. Además coinciden en que el tratamiento local de las quemaduras debe posponerse hasta la estabilización del paciente y traslado del mismo a una unidad especializada. (15)

En los protocolos consultados, con respecto a la valoración de la vía aérea (A), tanto el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid) (10) y la revisión realizada por profesionales del Hospital San Agustín de Linares (Jaén) (15)

³ SCQ: Superficie Corporal Quemada

coinciden en la importancia de comprobar si existe obstrucción por edema, daño en vía aérea superior por inhalación de humo, “quemaduras orofaríngeas, presencia de ronquera progresiva, estridor y tos acompañada de esputo carbonáceo” (10).

El siguiente paso (B) que indica la valoración de la ventilación, incluye en los cuidados el aislamiento de la vía aérea, IOT⁴ si procede y oxigenoterapia. Los diferentes protocolos y guías consultados coinciden en este punto. La administración de oxígeno debe ser a flujo alto mediante mascarilla Venturi, y si el paciente está intubado, mantener una FiO₂ de 1 durante el traslado. En la revisión del Hospital Universitario de Getafe de Madrid (14), se afirma que “una vía aérea permeable no equivale a una respiración adecuada.” Desde la publicación del Hospital San Agustín de Linares (Jaén) se afirma además que no debe retrasarse la intubación tras valorar al paciente y sospechar de inhalación, insuficiencia respiratoria, quemaduras extensas, trauma asociado a vía aérea o la mecánica respiratoria (15). Dicho retraso puede provocar complicaciones en la intubación siendo demasiado tarde ya que el edema y la distorsión de la anatomía de la orofaringe provocan compresión.

La circulación (C) (palpación de pulsos, relleno capilar, temperatura, fluidoterapia...) es el tercer paso de la intervención inmediata a seguir por los equipos sanitarios ante este tipo de pacientes. La GPC del Hospital Carlos Haya de Málaga (1) postula que es necesaria la colocación de dos vías venosas de calibre grueso en zonas no afectadas cuando la SCQ > 20% o < 20% complicadas, además de una vía venosa central si SCQ > 20% o < 20% complicadas.

Otro de los aspectos importantes que se abordan en la atención a un paciente gran quemado y que está presente en las diferentes GPC, es la reposición de líquidos. Para una correcta técnica, la bibliografía recomienda aplicar una fórmula –la fórmula de Parkland– que es la que está presente en la mayoría de la bibliografía consultada (1) (10) (11) (15) (16) (24). Esta fórmula relaciona la superficie corporal quemada y el peso del paciente. El fluido de elección es el Ringer Lactato a pasar 500ml en 30 minutos mientras se calcula la cantidad real necesaria para una correcta reposición hidroelectrolítica. (15)

⁴ Intubación Orotraqueal

En esto, y según las GPC y protocolos consultados, los expertos proponen (1):

- Desde la hora de la quemadura (Hora “0”): Durante las primeras 24h. el volumen total a administrar es de 2 a 4 ml x Kg x SQC, distribuidas de la siguiente forma:
 - o 0-8 horas: ½ volumen calculado.
 - o 8-16 horas: ¼ volumen calculado.
 - o 16-24 horas: ¼ volumen calculado.

Como es evidente, es necesaria una correcta medición de diuresis desde el momento en que se empieza a administrar la fluidoterapia. Así pues, en la Guía Clínica del Ministerio de Salud de Chile (11) y en el capítulo de “Quemaduras” del Manual de Médico Quirúrgica de la bibliografía (12), se expone lo siguiente:

- o Débito urinario: debe mantenerse al menos en 1ml/kg.
- o Presión arterial, presión venosa central: dentro de los rangos normales por edad.
- o El balance hídrico en estos pacientes no es un parámetro confiable pues las pérdidas insensibles de las zonas quemadas habitualmente están desestimadas.

Para seguir una correcta rehidratación urgente, la diuresis idónea, según el Manual de Médico Quirúrgica (13), debe ser:

- o 35-50 ml/h en pacientes adultos.
- o 15-25 ml/h si el paciente es un niño.
- o 80-100 ml/h en pacientes con quemaduras eléctricas.

Con respecto a la determinación de la extensión de las quemaduras, los protocolos andaluces del Hospital Carlos Haya de Málaga (1) y del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (25), reflejan varias fórmulas (Ver anexo IV):

- La regla de la superficie de la palma de la mano del paciente. (1)
- La regla de Wallace o de “los nueves”. (25) (1)
- La tabla de Lund y Browder. (25)

La mayoría de las GPC y protocolos, solo plantean una fórmula (o como máximo dos) para calcular la extensión y la gravedad. El Hospital Carlos Haya de Málaga propone como fórmulas la regla de la superficie de la palma de la mano y la regla de Wallace, mientras que los profesionales del Hospital Virgen del Rocío abogan por la tabla de Lund y Browder y la regla de Wallace. Dichos protocolos de los dos hospitales andaluces con unidad especializada en quemados, coinciden en usar la regla de Wallace o de “los nueves” y en diferenciar su uso dependiendo de si el afectado es adulto o niño. Este es un punto de la atención al Paciente Gran Quemado en el que la actuación no es unánime.

La analgesia, es otro de los aspectos importantes a tratar cuando nos referimos a quemaduras ya que son las lesiones traumáticas más graves que se puedan sufrir. (13) Es de destacar, que la percepción de dolor dependerá directamente del tipo de quemadura. Como bien dice la revisión sobre el “Estado actual del manejo urgente de las quemaduras” (15): “Las quemaduras más dolorosas son las dérmicas superficiales y profundas, debido a que en las subdérmicas superficiales y profundas las terminaciones sensitivas están destruidas.” Por ello, es importante una adecuada valoración de la SQC y la profundidad de dichas quemaduras, además de para el tratamiento general del enfermo y la reposición de líquidos. Las recomendaciones del tipo de analgesia difieren de una bibliografía a otra. Desde el Servicio de Urgencias Valenciano (Hospital Verge dels Liris) (17) en 2008, los expertos proponen como analgesia de primera elección el Cloruro Mórfico, y no usar Meperidina. Además plantean la siguiente pauta:

- Ampolla de 10mg/1ml (1%) se diluye en 9cc de SF0.9% y se administran 3cc iv cada 20min hasta alivio del dolor. La dosis resultante se puede repetir cada 4h.

- Paciente con dolor intenso que se traslada: infusión continua de cloruro mórfico. En una bolsa de 50cc de SF0.9% se extraen 5cc de suero y se introducen en la bolsa 5 ampollas de cloruro mórfico de concentración 10mg/1ml (1%) y se programa una infusión continua de 2-10ml/h según necesidades del paciente. Se pueden administrar dosis de rescate.

Por otro lado, el manual del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias sobre “Manejo del Paciente quemado” (26), siendo una revisión del año 2000, si incluía la Meperidina como analgésico. En dicho manual se expone lo siguiente:

- De elección: Cloruro mórfico Dosis: 3-4 mg IV (1/3 amp disuelta en suero fisiológico) en medio minuto. Se puede repetir cada 5-15 minutos hasta que desaparezca el dolor, se presenten efectos secundarios o se llegue a la dosis máxima (2-3 mg/Kg).
- Alternativa: Meperidina 1 ampolla diluida en 9cc de suero fisiológico y administrar hasta sedación y analgesia en bolos de 2 cc.

En la revisión sobre el “Estado actual del manejo urgente de quemaduras” (15), del año 2001, indica también el uso de Meperidina como alternativa al Ketorolaco o Tramadol en quemaduras leves y Cloruro Mórfico en dolores intensos.

Así pues, podemos decir que, en los últimos estudios publicados, el uso de la Meperidina está contraindicada, siendo el Cloruro Mórfico el fármaco de elección junto a Benzodiacepinas y otros analgésicos siguiendo la escala del dolor de la OMS en función de la gravedad de la quemadura. La sedación se combinará con la analgesia a criterio facultativo médico.

Otro diagnóstico que se presenta en toda la documentación consultada y que pasa desapercibido tras centrar la atención en el Soporte Vital Avanzado y la estabilización hemodinámica y respiratoria, es la hipotermia producida por la pérdida de integridad cutánea. La intervención a seguir y unánime en la bibliografía es la de tapar al paciente con mantas o sábanas limpias, y si se dispone, con mantas especiales (16) (26). Algunas otras intervenciones planteadas en el Manual de Médico-Quirúrgica de “Enfermería 21” (13) son:

- Mantener la temperatura de la sala por encima de 24°C. y aumentar la temperatura ambiental hasta 31°C con lámparas de calor.
- Medir frecuentemente la temperatura corporal.
- Reemplazar toda ropa húmeda.
- Administrar líquidos calientes.

6. Conclusiones.

Según los objetivos planteados, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

Se ha observado que en todos los planes de cuidados sobre la atención al Paciente Gran Quemado, llevados a cabo por los equipos de Emergencias Sanitarias y los equipos de Cuidados Críticos, se actúa siguiendo unas directrices generales encaminadas a la actuación más temprana posible y a estabilizar hemodinámicamente al afectado.

Además, se ha observado que la coordinación entre los diferentes niveles de salud es primordial, así como que el trabajo en equipo es fundamental para disminuir las complicaciones y la mortalidad de los pacientes que sufren esta patología.

Las discrepancias en los cuidados al paciente gran quemado, según se plasma en las diferentes GPC y los protocolos encontrados, son mínimas. Sin embargo, difieren en la existencia de varias fórmulas para calcular la SCQ y en la indicación de Meperidina u otros fármacos, cambiando su uso en los últimos años.

Por último, podemos decir que la atención al Paciente Gran Quemado, llevada a cabo por los profesionales de Urgencias y Emergencias, es integral, rápida, y de vital importancia para la supervivencia del paciente; similar en los diferentes Sistemas de Salud, siendo esta de alta calidad por la gran especialidad de los profesionales.

7. Bibliografía.

1. Pérez Boluda, M., Lara Montenegro, J., Ibañez Mata, J., Cagigal González, L., León Llerena, CM. Guía de Actuación ante el Paciente Quemado. Hospital R. U Carlos Haya. Málaga. : Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería., 2006. Disponible en: http://www.fuden.es/protocolos_detalle.cfm?id_protocolo=55. Consultado por última vez: 24/05/13.
2. Delgado Pardo, G., Moreno García, I. Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Una revisión. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. 2010 (6); 17-21.
3. Sánchez Molina VV, Ojeda Barranco C, Martín Muñoz F, De la Morena Domínguez FJ. Protocolo de actuación y manejo del paciente quemado en el Servicio de Urgencias. Disponible en: http://www.fuden.es/protocolos_detalle.cfm?id_protocolo=55. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga) : s.n., 2004.
4. Pérez Boluda, M., Martínez Torreblanca, P., Pérez Santos, L., Cañadas Núñez, F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 2011. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf. Consultado por última vez: 23/04/13.
5. La Unidad de Grandes Quemados de la Paz recibe un premio por su actividad. Comunidad de Madrid. Rev. [Online]. 2013/02/27. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&cid=1354187436153&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura. Consultado por última vez: 30/04/13
6. Gueugniaud PY, Carsin H .Current advances in the initial management of major thermal burns. Intensive Care Med 2000; 26:848-56
7. Historia del tratamiento de las quemaduras. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. Capítulo 1. Disponible en: http://www.indexer.net/quemados/capitulo_uno.htm . Consultado por última vez: 01/05/13.

8. Historia de la ABA. American Burn Association. Recurso electrónico disponible en: http://www.ameriburn.org/about_history.php. Consultado por última vez: 30/04/13.
9. Cáceres, Carmen. Hacia un protocolo único en el manejo de quemados. Diario médico. 18/10/12; Área profesional. Disponible en: www.diariomedico.com/2012/10/18/area-profesional/entorno/hacia-protocolo-unico-manejo-quemados. Consultado por última vez: 30/04/13.
10. Alonso Muñoz, L., Diego Haro, R., Perancho Ramirez, M. Actuación de enfermería en urgencias ante un paciente gran quemado. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). Disponible en: [http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/1531cf3e-4418-469c-88e3-8591904913b8/4261b58d-7022-4b09-b8b3-539683c3d26b/Actuacion Enfermeria Urgencias Quemados t.pdf](http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/1531cf3e-4418-469c-88e3-8591904913b8/4261b58d-7022-4b09-b8b3-539683c3d26b/Actuacion%20Enfermeria%20Urgencias%20Quemados%20t.pdf). Consultado por última vez: 30/04/13.
11. Guía clínica: Gran Quemado. Ministerio de Salud de Chile. Serie guías clínicas nº 55. 2007.
12. Piríz Campos, R. Quemaduras. Enfermería Médico-Quirúrgica. Enfermería 21. Aula DAE. Madrid: Grupo Paradigma. 1ª edición, septiembre 2001.
13. Consejería de Salud y consumo de Madrid. Dirección de Servicios de SAMUR-Protección Civil. Manejo en Emergencias de Paciente Gran Quemado. Clave 20: Rev Interna SAMUR “Villa de Madrid”. 2003 Jan; (4): 16-6.
14. González-Cavero, J., Arévalo, J.M., Lorente, J.A. Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico. Emergencias 1999; 11: 295-301.
15. Gallardo González, R., Ruiz Pamos, J.G., Torres Palomares, R.M., Díaz Oller, J. Estado actual del manejo urgente de las quemaduras (II). Conducta a seguir ante un paciente quemado. Emergencias 2001; 13: 188-196.
16. González- Cavero, J., Arévalo J.M., Lorente, J.A. Traslado secundario del paciente quemado crítico. Emergencias 2000; 12:340-344.
17. Protocolo de actuación ante pacientes quemados. Hospital Verge dels Lloris Servicio de Urgencias. Agència Valenciana de Salut. Edición I. 2008.

18. Mir Batlle, J., Pérez Redondo, S., Placer Láinez, A., Lozano, JA. Quemaduras. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Servicio Navarro de Salud. Gobierno de Navarra. 2008.
19. Gómez Daza, Bertha; Díaz de Florez, Leticia; Luna Acevedo, Ana Cecilia. Cuidado en enfermería para la persona adulta quemada en etapa aguda. Guías de Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0029.php>
20. García Amaguete, F.J., Herrera Morillas, F., García Moreno, J.L., Velázquez Guisado, R., Picó Tato, S. Manejo y reanimación del paciente quemado. Emergencias y catástrofes, 2000: Vol.:1; 4: 217-24.
21. Chávez Suárez, M.A., Navarro Wallmark, B.G., Peralta Pedrero, M., Soto Morales, J.C., Torres Cortés, M., Treviño García, M.A. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Paciente “Gran Quemado”. Instituto Mexicano del seguro social. 2008.
22. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del paciente “Gran Quemado”. Gobierno federal. Consejo de Salubridad general. 2008.
23. Alfaro Dávila, M. Quemaduras. Costa Rica. 2003.
24. Ramírez Rivero, C.E., Judith Rivera, J., Cabezas, MC., Bautista Lorenzo, L., Uribe Carvajal, JA. Guía de práctica clínica basadas en la evidencia. Manejo de quemados. Seguro social de salud. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 2009.
25. Martínez Valle, E., Gacto-Sánchez, P. Urgencias de cirugía plástica: Quemaduras. Manual de urgencias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla). Cap.:34: 371-377. 2009.
26. Agustín Varas, A., Álvarez Rueda, JM., Artacho Aguilar, A., Barbudo merino, J., Barrera Ávila, JM. Et al. Manejo del Paciente Quemado. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Rev.: 2000. Cap.: 26; 284-290.
27. Aladro Castañeda M., Díez González, S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. Rev de Seapa 2013; XI: 12-17.