

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EXTRAHOSPITALARIA ANTE EL PACIENTE CON QUEMADURAS Y MANEJO DE LAS FLICTENAS

AUTORÍA

LUIS MIGUEL ARROYO RUIZ*

FRANCISCO JAVIER GRUESO ALCÁNTARA.**

* Graduado en Enfermería por la Universidad de Córdoba. Máster en Cuidados del Enfermo en Urgencias y Emergencias

** Graduado en Enfermería por la Universidad de Córdoba. Máster en Cuidados del Enfermo en Urgencias y Emergencias

RESUMEN

Introducción: Las quemaduras constituyen uno de los principales problemas a los cuales se enfrentan los profesionales de enfermería extrahospitalarios. Requieren una atención inmediata y adaptada según el tipo de lesiones y afectaciones que presente el paciente.

Objetivos: Conocer cuáles son las principales actuaciones de Enfermería que deben llevarse a cabo ante un paciente quemado en el área de urgencias extrahospitalaria y conocer cuál es el adecuado manejo ante la aparición de flictenas dada su variabilidad práctica.

Metodología: Se trata de un artículo de Revisión Bibliográfica. La búsqueda se ha realizado en las bases de datos Cochrane Plus, Pubmed y Google académico, utilizando como criterios de búsqueda las palabras clave y artículos principalmente de los últimos 5 años.

Resultados: Se debe neutralizar el agente agresor para poder realizar una valoración primaria siguiendo la secuencia ABCDE. Posteriormente se tratará de conocer la historia clínica del paciente y se realizará la valoración secundaria o examen físico del paciente para, finalmente, valorar el posible traslado a un centro sanitario.

Conclusiones: Ante un paciente con quemaduras lo más importante es mantener una vía aérea permeable, asegurar una ventilación y función circulatoria adecuada, control neurológico y evitar la hipotermia. Se recomienda el drenaje de las flictenas para conocer su extensión y mejorar la eficacia terapéutica de los productos utilizados.

PALABRAS CLAVE

Quemadura, Enfermería, Cuidados, Urgencias

TITLE

Nursing care to the outpatient with burns and blisters handling

ABSTRACT

Introduction: Burns are one of the main problems which emergency professionals confront. It requires immediate attention and adapted according to the type of injuries and damages that the patient presents.

Objectives: To identify the main action which nurses carry out in the area of external urgencies and to know what is the appropriate management during the appearance of blisters due to practical variability.

Methodology: This is a review article. The search was performed on the database of Cochrane, Pubmed and Google Scholar data, using as guideline the keywords and articles mainly of the last 5 years.

Results: We must neutralize the offending agent to perform a primary evaluation following the ABCDE sequence. Later we will try to know the patient's history and realize high valuation or physical examination to finally assess the appropriate transfer to hospital center.

Conclusions: In patients with burns the most important thing is to maintain a patent airway, ensuring adequate ventilation and circulatory function, neurological control and prevent hypothermia. Drainage of blisters is recommended to know its extent and improve the therapeutic efficacy of the products used.

KEYWORDS

Burn, Nursing, Cares, Urgencias

INTRODUCCIÓN

Marco teórico

Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel producidas por distintos agentes (electricidad, productos químicos, radiaciones solares, calor, frío...). Produce destrucción de los tejidos dando lugar a pérdidas de líquido intravascular, desequilibrio hidroelectrolítico y disminución de la protección ante infecciones y agentes extraños. El grado de la lesión depende de la duración e intensidad de la exposición. Las quemaduras pueden considerarse graves si afectan a otros órganos de forma directa o indirecta produciendo deshidratación. Si estas ocurren en ciertas zonas como las manos, pies o cara pueden producir incapacidades. En ocasiones pueden aparecer síntomas respiratorios que acompañan a las quemaduras debido a la inhalación resultante de los productos de combustión que incluso pueden afectar al nivel de conciencia. Las quemaduras de carácter grave pueden desarrollar procesos infecciosos, fallo multisistémico y ocasionar deformidades estéticas y funcionales.¹

El pronóstico de evolución depende de la profundidad y extensión de la lesión así como el tiempo de actuación, intensidad, tipo de paciente y calidad del tratamiento que se preste al paciente.

Las quemaduras pueden clasificarse:

Según su profundidad:

- Primer Grado o Epidérmicas: Piel eritematosa, enrojecida, caliente y dolorosa.
- Segundo Grado: Superficiales con flictenas y profundas con áreas blanquecinas.
- Tercer Grado: Lesión de grandes vasos, nervios, músculos y órganos.

Según el agente causal:

- Eléctricas: Presentan lesiones de entrada y salida
- Químicas: Dependen de la concentración, cantidad y duración del agente.
- Radiación: Por exposición a Rayos X o Rayos Uva.
- Térmicas: Por contacto con metales calientes o líquidos hirvientes.

Justificación

En Estados Unidos unos 1200 niños fallecen como consecuencia de incendios en los hogares, la mitad de los cuales son víctimas de menos de 5 años. En España se estima que, de cada 100.000 niños, unos trescientos en edad infantil sufre algún tipo de quemadura. Es por tanto la población más vulnerable a estos accidentes. Las quemaduras más frecuentes son las que ocurren en el ámbito doméstico seguido del ámbito laboral, siendo más frecuentes en niños y ancianos. Los accidentes de tráfico ocasionan las quemaduras de mayor extensión siendo las llamas y los líquidos calientes los mecanismos de producción más frecuentes. Es el personal de enfermería el encargado de proporcionar unos cuidados adecuados e individualizados con el objetivo de conseguir un buen pronóstico, evolución y una reducción de los tiempos de recuperación. En todo proceso de atención de enfermería deben controlarse las constantes vitales para tratar de prevenir todas las posibles complicaciones que puedan aparecer. Se debe contribuir también a prevenir la aparición de infecciones. Es por ello por lo que se necesitan profesionales preparados para tratar las lesiones producidas, principalmente el personal de urgencias ya que son los primeros que pueden enfrentarse tanto a quemaduras leves como a quemaduras que puedan poner en riesgo la vida del paciente y sean necesarios unos cuidados más complejos.

Adquirir unos conocimientos específicos sobre el cuidado del paciente quemado es necesario para atender sus necesidades y ayudarlo en su proceso de adaptación a esta nueva condición.

La atención al paciente quemado debe ser inmediata, por lo que es necesario que se consiga un diagnóstico acertado para mejorar los tiempos de evolución y recuperación. Este enfoque orientara el tratamiento terapéutico inicial con el objetivo de disminuir la aparición de complicaciones y orientar los cuidados de enfermería que este va a necesitar. La aparición de quemaduras origina un importante impacto traumático en el paciente debido a la destrucción de los tejidos, órganos e imagen corporal. También es necesario desarrollar un adecuado trabajo psicológico para tratar de conseguir que el paciente colabore en su proceso de recuperación y se sienta capaz de conseguirlo. Es el profesional de enfermería uno de los más preparados para establecer una adecuada comunicación tanto con el paciente como con los familiares para conseguir el éxito terapéutico.

Antecedentes de Estudio

Resulta difícil encontrar artículos anteriores a 2010 que traten de desarrollar los cuidados de Enfermería ante un paciente con quemaduras. Sólo se ha encontrado una revisión bibliográfica en el libro de ponencias del IX Encuentro de Investigación de Enfermería realizado en 2005 por la Unidad de Coordinación e Investigación en Enfermería cuyo objetivo era tratar de conocer cuáles eran los cuidados de Enfermería sobre quemaduras más actualizados hasta la fecha. Es en el año 2006 el Hospital Carlos Haya de Málaga se convierte en el pionero en elaborar las primeras guías de práctica clínica para la atención del paciente con quemaduras.

Otro estudio realizado en Venezuela concluye que los profesionales enfermeros conocen la clasificación básica

de las quemaduras, los agentes que las causan y la importancia de la profundidad y la extensión. Sin embargo, un número amplio de los individuos presentaron alguna confusión en algún aspecto del tema. Además, la mayoría manifestaba tener poca información sobre la afectación de los órganos en una quemadura. En el servicio de Quemados del H.E.C.A de Argentina se llevó a cabo otro estudio descriptivo donde se dedujo que las quemaduras predominaban en el sexo masculino entre 20-40 años y la mayoría se debía a accidentes domésticos (66,8%) y de trabajo (23,3%) localizados principalmente en miembros superiores e inferiores.

Objetivos del estudio

El objetivo de este artículo es conocer la literatura existente acerca de los cuidados sobre quemaduras principalmente en el área de urgencias extrahospitalarias para comprobar cuáles son los que se están llevando a cabo actualmente y hacer una comparativa entre distintos estudios.

- Conocer cuál es el proceso de actuación más eficaz ante el paciente con quemaduras y que cuidados son los que obtienen resultados más satisfactorios, principalmente en el área de urgencias extrahospitalaria.
- Conocer cuál es la actuación de Enfermería con mejores resultados terapéuticos ante la aparición de flictenas dada su variabilidad en la práctica clínica.

METODOLOGÍA

Se realiza una inspección bibliográfica de estudios de investigación utilizando las bases de datos Pubmed, Google Académico y Cochrane Plus. La búsqueda se realiza en noviembre de 2015 utilizando como parámetro de búsqueda las palabras clave citadas a continuación.

Palabras

Claves

Quemadura (Burn), Enfermería (Nursing), Cuidados (Cares), Urgencias (Urgencias).

Criterios de Inclusión

- Artículos publicados en los últimos 5 años en español.
- Artículos que nos permitan comprobar cuáles son, a nivel general, los cuidados de enfermería extrahospitalarios más eficaces ante el paciente con quemaduras.
- Artículos que nos permitan conocer la actuación de enfermería ante la aparición de flictenas en las quemaduras.

Criterios de Exclusión

- Idioma de publicación distinto del español.
- Estudios cuyo contenido no se adapte a la temática del estudio.

Artículos

Seleccionados

Tras una búsqueda bibliográfica se han seleccionado para la elaboración de este artículo un total de 14 estudios científicos.

La mayoría consisten en revisiones bibliográficas sobre diferentes aspectos relacionados con los cuidados de enfermería ante la presencia de quemaduras en Urgencias. 1,2,4,7,8,9,13,14. Se han obtenido también tres estudios observacionales,5,6,10 un ensayo clínico 11 y dos artículos teóricos. Los estudios seleccionados nos permiten conocer cuáles

son los cuidados de enfermería que se están llevando a cabo en los diferentes centros sanitarios y el proceso que tiene lugar desde que un paciente sufre una quemadura hasta que es asistido por los servicios de emergencias extrahospitalarias y su atención ya en el medio hospitalario.

La gran variedad de la tipología de estudios seleccionados hace que tengamos los suficientes recursos para tratar de elaborar un artículo que recoja cuales son los cuidados de enfermería más eficaces, cual es la pauta de actuación y cómo debe actuar el profesional de urgencias ante la llegada de un gran quemado. Algunos artículos nos dan información concreta y nos permiten hacer una comparativa sobre el tratamiento que se debe seguir ante la aparición de flictenas o ampollas, muy comunes en una quemadura, ya que desde Enfermería existe cierta controversia ante el manejo de las mismas.

RESULTADOS

Una quemadura supone un acontecimiento traumático importante en la vida de una persona y sus familiares. La primera intervención de enfermería irá dirigida a aliviar la tensión y el sufrimiento emocional producido. Es necesario establecer una relación terapéutica y empática con el paciente. Muchos sienten miedo a perder sus funciones vitales; se sienten aturridos y confusos. Debemos conseguir que el paciente confíe en los profesionales que le están atendiendo y que sepa se realizarán intervenciones con garantías para conseguir la mejor recuperación posible.

Ámbitos, grupos de población más vulnerables y principales causas de las quemaduras.

La población situada por debajo de los seis años de edad es la más susceptible a sufrir una quemadura ya que es la etapa donde se siente curiosidad por todo lo que nos rodea sin saber dónde está el peligro. Es en el ámbito doméstico donde ocurren más accidentes de este tipo. La mejor herramienta para evitar su aparición es la prevención mediante mecanismos como detectores de humo, impedir el paso de niños a las cocinas y comprobar la temperatura del agua en el aseo del niño. Las causas más frecuentes de sufrir una quemadura son debidas a líquidos y objetos calientes, electricidad y fuego directo producido por encendedores. En el caso de quemaduras eléctricas es la manipulación de cables y objetos eléctricos con manos o ropa mojada la causante principal de su producción.

Atención de Enfermería al paciente quemado en el área de urgencias extrahospitalaria.

1. Neutralizar al agente agresor. Primero se debe tratar de retirar el agente que está causando la quemadura tales como líquidos corrosivos u otros agentes quemantes, si aún existieran, a la llegada de los equipos sanitarios. Hay que retirar la ropa no adherida, anillos y pulseras para evitar la compresión ya que impiden el proceso de cicatrización y se disminuyen los mecanismos de defensa ante la infección. No está indicado el enfriamiento salvo en quemaduras químicas y quemaduras con cal viva. Sin embargo está

comprobado que el enfriamiento con toallas o paños húmedos con agua tibia, en periodos de corta duración, alivia el dolor del paciente, reduce el edema y evita la proliferación bacteriana. La prolongación del enfriamiento y el agua fría produce vasoconstricción, aumenta el dolor, acelera la progresión de la quemadura y puede producir hipotermia severa

2. Valoración. Inicial. Secuencia ABCDE. El objetivo de este segundo paso es conservar las funciones vitales del paciente y se trata de conseguir: A) Permeabilidad de la vía aérea: Es fundamental garantizar una vía aérea permeable, evitando cualquier tipo de obstrucción en las primeras horas B) Garantizar una correcta ventilación: Comprobar la coloración de la piel y la saturación de O₂. Si es necesario se debe realizar un aporte de oxígeno al 100%, ya que la posible inhalación de humo provoca el cierre total de la vía aérea. Valorar la necesidad de intubación endotraqueal. La administración de oxígeno a alto flujo se realiza con mascarilla tipo Venturi y si el paciente requiere la intubación se debe mantener una FiO₂ de 1 durante el traslado a centro hospitalario. C) Mantener una adecuada función circulatoria: Se valora el ritmo, ruidos cardiacos, presencia de hemorragias y pulsos centrales para identificar trastornos de la volemia. Se debe canalizar dos vías venosas periféricas en tejido no quemado. Si esto no es posible, valorar la colocación de vía intraosea o vía venosa central.

Para mantener una perfusión adecuada de todos los órganos durante la fase aguda de la quemadura es recomendable una perfusión de suero Salino o Ringer Lactato (en quemados de menos de 24 horas de evolución) a temperatura de 18-20°C con el objetivo de mantener la producción de orina posterior en 30/50 ml/h.

Para calcular la cantidad de fluidos que cada paciente necesita tiene gran utilidad las siguientes fórmulas: -Fórmula de Parkland:

- Primeras 24 horas: Ringer Lactato a 4ml/kg/%SCQ. La mitad se administra en las primeras 8 horas y el resto en las siguientes 16 horas.
- Segundas 24 Horas: Coloides 0.3 – 0.5 mL/kg/% SCQ. Se agrega glucosa en agua si se requiere mantener el gasto urinario de 0.5 a 1 mL/kg/h en adultos y en niños de 1 mL/kg/h.

-Fórmula de Brooke:

- Primeras 24 Horas: Ringer Lactato a 1,5 ml/kg/% SCQ mas coloide a 0,5 ml/kg/h/% SCQ mas 2000 ml de glucosa 5% en agua. La mitad en las primeras 8 horas y el resto en las siguientes 16 horas.
- Segundas 24 Horas: Ringer Lactato 0,5 ml/kg/h/% SCQ mas coloides a 0,25 ml/kg/% SCQ mas 2000 ml de glucosa 5% en agua.

D) Valorar el déficit neurológico:

Es importante comprobar el nivel de conciencia, estado psicológico, niveles de dolor o angustia y conducta del quemado. En este apartado es de gran utilidad la escala de Coma de Glasgow en el que se valora la respuesta motora, respuesta verbal y respuesta ocular.

E) Controlar la exposición y control ambiental:

El paciente con quemaduras es propenso a sufrir escalofríos e hipotermia debido al deterioro de continuidad de la piel y a la pérdida de líquidos. Si la quemadura se ha producido hace menos de diez minutos se debe aplicar apósitos húmedos y luego cambiarlos por secos y cubrir con manta térmica.

El equipo de Enfermería es el encargado de proporcionar sábanas, mantas estériles y aplicar apósitos para reducir la hipotermia y las demandas metabólicas del paciente.

Esto además evita la exposición del paciente a microorganismos que puedan ocasionar una posible infección.

En ocasiones la población asocia una quemadura a un aumento de temperatura corporal, por lo que no se debe aplicar hielo o agua fría directamente sobre el organismo ya que esto puede aumentar la profundidad de las lesiones y el riesgo de hipotermia.

3. Conocer la Historia Clínica del paciente y Recopilación de Información del suceso
Una vez comprobadas y mantenidas las funciones vitales primordiales mediante la secuencia ABCD, el siguiente paso es conocer los antecedentes personales del paciente tales como enfermedades cardíacas, pulmonares, renales, existencia de diabetes o alergias conocidas y la medicación que toma actualmente. Posteriormente se debe recopilar información acerca del accidente como la hora exacta de la quemadura, cómo se ha producido, lugar del suceso o si ha existido la inhalación de humo. Para obtener esta información se pueden utilizar preguntas como: ¿Cuándo se quemó?, ¿Dónde ocurrió?, ¿Cómo ocurrió? ¿Tiempo de Exposición?, ¿Ha inhalado humo?, etc.

4. Examen físico y Valoración Secundaria del Paciente

Esta fase consiste en valorar la profundidad y extensión de las lesiones producidas para desarrollar un proceso de atención de enfermería adecuado e individualizado a cada caso. Las quemaduras pueden originarse por:

- Agente Térmico: Producidas principalmente por líquidos.
- Llama directa: Las más graves por riesgo de inhalación.
- Electricidad: Valorar el riesgo de arritmia. Monitorización cardíaca e insuficiencia renal.
- Productos Químicos: Producidos por productos domésticos (álcalis y ácidos)
- Otros: Producidas por malos tratos u otras causas.

También es necesario conocer la extensión de las quemaduras sobre la superficie corporal. Las dos formas más utilizadas para el cálculo son:

-Regla de los "9" de Pulaski y Wallace. Se asigna un 9% de la SCQ a cabeza y brazos, un 18% a cada pierna y tronco anterior y posterior y un 1% a genitales. Técnica no viable en niños.

-Regla de la palma de la mano/ Regla del 1. La palma y dedos de la mano equivalen a un 1%. Válido para pequeñas superficies y útil en pediatría.

En esta fase hay que seguir una secuencia ordenada desde la cabeza hasta los pies o viceversa para detectar cualquier anomalía que pueda aparecer. Las más frecuentes son afectación de los órganos de los sentidos

y órganos vitales, hemorragias severas y shock, pérdida de líquidos, oliguria, anuria, hipotermia, dolor severo, pérdida de conciencia, etc.

5. Valorar el traslado a centro hospitalario y atención durante el transporte sanitario
El traslado sólo se realizará si el paciente tiene un sistema respiratorio y hemodinámico estable. En estos casos la prioridad no es un transporte rápido salvo casos que pongan en peligro la vida del paciente. Los principales criterios para la derivación de un paciente a un centro hospitalario son:

- + SCQ > 10%
- + Quemaduras de 2º y 3º Grado.
- + Quemaduras eléctricas, químicas y radiaciones
- + Zonas como la cara, cuello, manos o zonas flexoras.
- + Niños menores de un año y niños maltratados.

Durante el transporte es importante mantener la temperatura corporal del paciente y controlar el dolor que pueda sufrir.

En casos de pacientes con dolor intenso está aceptada la utilización de:

- 5 ampollas de Cloruro Mórfico diluido en 50 cc de SF a un ritmo de 2-10 ml/h.

- 1-3 ampollas de Cloruro Mórfico diluido en suero a pasar en medio minuto. Repetir cada 5-15 minutos hasta que desaparezca el dolor o se llegue a la dosis máxima de 2-3 mg/kg

Para controlar la temperatura del paciente:

- Mantener la temperatura de la cabina por encima de 24°C.
- Medición frecuente de la temperatura ambiental.
- Retirar ropa húmeda.
- Perfusión de líquidos a temperatura mayor a 20°C.

En último lugar solicitar pruebas de laboratorio para valorar, cifras de hemoglobina, hematocrito, función renal, estado de coagulación y equilibrio ácido-base. La administración de analgesia precisa y un transporte adecuado y eficaz para el paciente, reducen las complicaciones de las quemaduras produciendo una recuperación más favorable sin la existencia de efectos adversos.

Los equipos de emergencias tratarán de estabilizar al paciente para mantener las funciones vitales en la medida de lo posible, tratamiento del dolor y cubrir las heridas para evitar posteriores procesos infecciosos. El tratamiento definitivo de las lesiones se realizará en el medio hospitalario.

En la transferencia del paciente a los equipos de urgencias hospitalarios se debe incluir toda la información posible como los datos del paciente, hora y día a la que ocurrió el accidente, extensión de las lesiones, constantes vitales, alergias, exploración física y tratamiento administrado hasta el momento.

Mantenimiento o drenaje de las flictenas

La flictena es una elevación de la piel, producida por la separación de las capas de la epidermis por diversas causas, en cuyo espacio se almacena líquido seroso. La aparición de flictenas es muy frecuente en quemaduras de 2º grado. Muchos son los pacientes que acuden con

ellas a los servicios de enfermería tanto de atención primaria como hospitalaria. En cuanto a su manejo ha habido opiniones de diversos tipos. Después de revisar alguna bibliografía encontrada sobre este aspecto hemos obtenido las siguientes conclusiones. El autor Manuel Carlos Cid en su carta al director nos ofrece los resultados de un artículo donde aborda el manejo de las flictenas en las quemaduras mediante un ensayo clínico. De las flictenas o ampollas que se dejaron intactas durante el estudio, sólo un 14% sufrió algún tipo de colonización, sin embargo, un 76% de las flictenas drenadas sí sufrió algún proceso infeccioso. Se deduce por tanto, que las flictenas que se dejan intactas tienen menos posibilidad de ser colonizadas, aunque el riesgo 0 no existe. Los pacientes con ampollas drenadas y expuestas manifestaron más dolor en el proceso de drenaje, pero este se redujo en los días posteriores a su realización.

Por otra parte existen tres indicios favorables como para considerar necesario el drenaje.

- La flictena sin drenar nos impide valorar correctamente la profundidad y extensión de la lesión.
- El líquido del interior puede provocar una reducción de la irrigación sanguínea por la creación de zonas de estasis vascular; este líquido puede considerarse un caldo de cultivo ideal para cualquier germen o patógeno.
- Proceso de curación más lento, ya que el tejido que rodea a la flictena impide la acción de los productos empleados para ello.

Lo primero que debemos hacer, para realizar el proceso de drenaje, es un lavado de manos y colocación de guantes para limpiar con jabón neutro la zona que vamos a desbridar. Colocaremos un campo estéril sobre una mesa con el material que vamos a utilizar y un paño estéril sobre la zona a tratar.

Drenaremos el exudado con aguja y posteriormente recortamos el tejido que forma la flictena, absorbiendo todo el exudado con gasas estériles. Finalmente irrigamos la zona con suero y secaremos. Terminamos con la aplicación de los productos que vayamos a utilizar para su curación y colocación del apósito adecuado. Entre los productos más utilizados para la curación y desinfección de heridas producidas por quemaduras encontramos la Sulfadiazina Argéntica (Silvederma), la Nitrofurazona (Furacín) y Povidona Yodada (Betadine).¹⁴ Los apósitos de tul graso, hidrocoloides y con alginato, también han demostrado su efectividad. En los últimos años se ha desarrollado mucho la utilización de apósitos con plata indicada especialmente en heridas infectadas.

DISCUSIÓN

El tratamiento más efectivo para evitar cualquier situación siempre es la prevención. Es la educación para la salud, realizada por los equipos de salud, la que permite ofrecer consejos y recomendaciones a la población para evitar la exposición ante un agente lesivo. A la hora de organizar la asistencia a pacientes con quemaduras, lo importante es conocer si lo que tenemos delante es un paciente que únicamente presenta quemaduras en alguna zona o, por el contrario si nos encontramos ante un gran quemado; donde lo primero y primordial es conseguir su estabilidad dejando a un lado las posibles lesiones locales.

La mayoría de los artículos que hemos utilizado para elaborar nuestra bibliografía coinciden en que los equipos sanitarios tienen protocolos y criterios de actuación unificados, pero esto no significa, que los distintos apartados de los que constan, se realicen en todos ellos por igual.

Se debe tener claro que lo fundamental ante este tipo de pacientes es el seguimiento de la secuencia ABCDE y manejo de lesiones explicado anteriormente. Pero es también importante saber que supone un acontecimiento traumático para el paciente y la familia por lo que el personal de enfermería se convierte en el encargado de disminuir el sufrimiento y los efectos emocionales que puedan aparecer.

Ante un caso de paciente con quemaduras, es de sobra conocido por todos los profesionales, que hay que retirar al paciente del foco de calor evitando ropa u otros materiales que puedan producirle compresión. Para iniciar un diagnóstico y tratamiento precoz es importante realizar una valoración de la extensión de las lesiones producidas.

Toda la literatura existente propone que la limpieza de las heridas debe realizarse con solución salina estéril como el suero fisiológico al 0.9% o en su defecto agua tibia y posterior colocación de apósitos estériles. En cuanto a la ventilación todas las guías de actuación coinciden en que debe realizarse a alto flujo mediante mascarilla tipo Venturi y si existen criterios suficientes para la intubación se debe mantener una FiO₂ de 1 durante el traslado. Las técnicas más utilizadas para valorar la función circulatoria son el relleno capilar, palpación de pulsos, medición de la temperatura, etc. Es necesario aplicar fluidoterapia con dos vías venosas de grueso calibre siendo el Ringer Lactato el suero más recomendado. Sin embargo, dependiendo del estudio, la cantidad a infundir se calcula de forma diferente, siendo las fórmulas de Parkland y Brooke las más utilizadas. Debido a la alta sensibilidad producida, controlar el dolor se hace necesario en todos estos pacientes. Toda la bibliografía consultada propone la administración de Mórfico, sin embargo la dosificación empleada difiere dependiendo del artículo consultado. En cuanto al manejo de flictenas de las quemaduras hemos podido comprobar que hay estudios que demuestran que la ampolla sin drenar presenta menor probabilidad de infectarse que la drenada, sin embargo otros indicios apuntan a que el contenido de la ampolla es un caldo de cultivo ideal para agentes infecciosos. Otros artículos indican que la ampolla sin drenar impide la acción de los productos utilizados y la valoración de la extensión, profundidad y evolución de la lesión. Por esta parte podemos decir que es más efectivo el drenaje del contenido de la flictena. El equipo multidisciplinar encabezado por Enfermería es el encargado de establecer una relación comprensiva, terapéutica y empática para tratar de mejorar el estado anímico del afectado y de sus seres cercanos. Debemos explicar detalladamente que es lo que ha ocurrido, ir explicando cada actuación que vamos realizando y retrasar o aplazar cualquier información sobre daños severos para proporcionar esperanza, tranquilidad y disminuir el nivel de ansiedad.

CONCLUSIONES

- 1-A la llegada de los equipos de Emergencias Extrahospitalarios es importante retirar del paciente el agente que está causando la quemadura si aún existiera. Evitar todo aquello que pueda ocasionar compresión al paciente como anillos, collares y pulseras para favorecer el proceso de vascularización y cicatrización.
- 2- Realizar una valoración Primaria para controlar y estabilizar al paciente siguiendo la secuencia ABCDE, siendo A (Vía Aérea), B (Ventilación), C (Circulación), D (Déficit Neurológico), E (Exposición).
- 3- La Valoración Secundaria se utiliza para conocer la extensión y profundidad de las

lesiones de las partes afectadas. Es importante recopilar información sobre el suceso y antecedentes del paciente.

- 4- En último lugar se realiza la valoración del traslado a centro sanitario, administración de analgesia utilizando principalmente Cloruro Mórfico y control de la hipotermia.
- 5- Ante la existencia de flictenas es necesario su drenaje para conocer su extensión, evitar procesos infecciosos y facilitar la eficacia terapéutica de los productos utilizados. Esto lo realizarán los equipos de enfermería en medio hospitalario.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez-Hernández, I; Fajardo-Villaruel, A; Navarro-Alvarez, Y. "Atención de Enfermería a la Urgencia Pediátrica por Quemaduras". Desarrollo Científico Enfermería. Vol. 20 N° 3 Abril, 2012.
2. Suárez-Franco, M; Hernández-Mesa, V. "Atención Extrahospitalaria de Enfermería en Pacientes Quemados". Hygia de enfermería: revista científica del colegio, 2012, no 81, p. 68-70.
3. García-González, R.F; Gago-Fornell, M; Chumilla-López, S; Gaztelu-Valdés, V. "Abordaje de Enfermería en Heridas de Urgencias". Gerokomos 2013; 24 (3): 132-138.
4. López-Alvarez, D; "Protocolo de atención del paciente crítico gran quemado en el servicio de urgencias: Actuación de enfermería y traslado a un centro de quemados". (Trabajo Fín de Grado). A Coruña. Universidade da Coruña. Facultade de Enfermería e Podoloxía; 2013.
5. Mendoza-Vinces, A. "Cuidados de Enfermería a Pacientes Quemados".(Trabajo Fín de Grado. Guayaquil (Ecuador). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2012.
6. Torres-Abad, M.E. "Rol de la Enfermera en la atención del paciente con lesiones por Quemaduras eléctricas en el área de quemados". (Trabajo Fín de Grado). Guayaquil (Ecuador). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2014.
7. López-Domene, E. "Atención al Paciente Gran Quemado. Análisis y Discusión". (Trabajo Fín de Grado). Almería. Universidad de Almería. Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia; 2013.
8. Mireya-Cuatin, Y; Giraldo-Motta, E; Jiménez-Mariño, W.H; Ortiz-Cárdenas, J.A; Mercado-Rey, K. "Cuidado del paciente en estado Crítico. Un reto para Enfermería" Chía (Colombia). Universidad de la Sabana. Hospital Simón Bolívar; 2014.
9. Sancho-Alcarazo, B.A. "Cuidados al paciente quemado pediátrico en el medio extrahospitalario". (Trabajo Fin de Grado). Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
10. Chabrera-Sanz, C; Llinàs-Puente, R; Viaplana-Sole, D; "Búsqueda Bibliográfica. Cuidados de Enfermería a Pacientes Quemados". Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii). Instituto de salud Carlos III.Madrid. Libro de Ponencias. IX Encuentro de Investigación en Enfermería; 2005 p. 261-262.
11. Cid-Gonzales, M.C; Alcón-Jimenez, A; Cid-Gonzales, M.C; "Tratamiento de las flictenas en las quemaduras". (Carta al Director). Evidentia 2011 ene-mar; 8(33).
12. Rodríguez, D. B; Oubel, M. "Manejo de las flictenas en una quemadura: una discusión clásica de enfermería". Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinaria de Insuficiencia Cutánea Aguda, 2012 (1), 22-26.
13. Aladro-Castañeda, M; Díez-González, "Revisión del tratamiento de las quemaduras." Revista de Seapa, 2013, vol. 11, p. 12-17
14. García-Collado, F et al. "Quemaduras dérmicas superficiales: pauta de actuación con apósito primario único de hidrofibra ag en atención primaria". Enfermería Dermatológica, 2014, vol. 8, no 22, p. 10-21.