
TENDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO*

Bertha Gómez Daza**

Es significativo el progreso logrado en los últimos años en la atención de los pacientes quemados, un mejor conocimiento de la fisiopatología, la utilización adecuada de los medicamentos específicos, la cirugía e injertación precoz, así como el establecimiento de técnicas y procedimientos apropiados, son aspectos que han logrado una notable disminución en la morbimortalidad de los pacientes quemados.

Sin embargo, no ha sido ni será posible que las quemaduras desaparezcan de la sociedad moderna; últimamente aparecen nuevas formas de violencia que influyen en la prevalencia de este accidente y por lo tanto en un incremento de pacientes quemados.

La creación de la Unidad de Quemados del Hospital Regional Simón Bolívar de Santafé de Bogotá, fue la solución al problema que venían padeciendo los pacientes quemados adultos, después de clausurada la unidad del Hospital San Juan de Dios.

Pero la utilización indiscriminada de este valioso recurso, cuya intención inicial era la atención integral de los pacientes gravemente quemados, ha creado una serie de dificultades, ya que allí se atiende a todos los pacientes, no solo del Distrito Capital, sino también de diferentes ciudades del país, algunas veces con quemaduras que pueden clasificarse como leves y moderadas, que perfectamente podríanse tratar en el lugar de origen.

Por otra parte, las personas que con mayor frecuencia se queman, son de escasos recursos económicos, sin capacidad para cubrir los altos costos que demanda un tratamiento de esta naturaleza.

Por lo tanto la escasez de materiales, la falta de mantenimiento de los equipos, la fatiga y desmotivación del personal de salud, son factores que poco a poco van deteriorando la calidad de los cuidados que requiere un paciente con quemaduras graves.

Estas consideraciones demuestran que realmente existe un problema, cuya solución está no solamente en manos del personal que trabaja en las unidades de quemados, sino de todos los médicos y enfermeras,

* Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Exalumnos, Facultad de Enfermería Universidad Nacional octubre 19-20 y 21 de 1995.

** Profesora asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.

cualquiera que sea el nivel en que se desempeñen.

Atención del paciente según su implicación vital

Tratar al paciente quemado en el lugar que le corresponde es la mayor preocupación actual de quienes se dedican al cuidado de estos pacientes, con el fin de que a las unidades de quemados lleguen solamente aquellos que realmente lo requieran y así orientar los recursos hacia la recuperación integral de los pacientes más graves.

Para ubicar al paciente quemado en el lugar que le corresponde, es necesario recordar que existen parámetros directamente relacionados con la gravedad de la quemadura, y que aplicados cuidadosamente en la valoración inicial, dan una idea real de la gravedad del paciente y orientan sobre el tratamiento que se debe dar a cada persona quemada.

Además de una anamnesis completa y un riguroso examen físico, se debe hacer énfasis sobre los siguientes parámetros:

1. EDAD DEL PACIENTE: Existen dos épocas en la vida de las personas, en que las alteraciones de salud, con mayor razón una quemadura, revisten mayor gravedad; la niñez y la ancianidad.

El niño, es un ser en evolución, con características muy especiales, tales como:

- Mayor labilidad del equilibrio humoral y neurovegetativo, que lo predispone al Shock Neurogénico.
- Diferente porcentaje de superficie corporal quemada por segmentos corporales.
- Mayor cantidad de líquidos y distribución de estos en los compartimientos, diferente al adulto.
- Pérdidas insensibles por piel y evaporación mayor que en el adulto¹.

Por otra parte, el anciano, con un desgaste general de los sistemas, difícilmente tolera un episodio infeccioso, una inmovilidad prolongada o una intervención quirúrgica, con anestesia general; por éstos aspectos las quemaduras en él son de mal pronóstico².

A continuación se presentan los parámetros establecidos para la valoración de pacientes en la Unidad de Quemados del Hospital Simón Bolívar.

Para establecer la gravedad de la quemadura, por edad, se le asigna un puntaje numérico a cada grupo de edad, así³.

| | | |
|----------|---------|----------------|
| HASTA 3 | AÑOS | 40 PUNTOS |
| ENTRE | 4 - 7 | AÑOS 35 PUNTOS |
| DE | 8 - 16 | AÑOS 30 PUNTOS |
| DE | 17 - 59 | AÑOS 20 PUNTOS |
| MAYOR DE | 60 | AÑOS 40 PUNTOS |

2. Extensión de la quemadura: La valoración de este parámetro, se lleva a cabo mediante la utilización de la tan conocida regla de los "9" o cualquier otra escala que determine con exactitud el porcentaje de la superficie quemada, lo más aproximadamente posible.

3. Profundidad: La profundidad, determina la cantidad de tejido destruido y se determina en grados.

En la Unidad de Quemados del Hospital Simón Bolívar, se viene utilizando la clasifi-

1. Cristóbal Sastoque. Quemaduras en Niños. 1983, Bogotá. Editorial Presencia, p. 3.

2. Michel Rieu. De Grade Aux Brules. París Centre de Brules Hopital Cochin 1979.

3. Linda Guerrero. Quemaduras. Publicación Unidad de Quemados Hospital Simón Bolívar. 1990.

cación en cuatro grados, que es bastante exacta y valora muy bien las heridas.

1º GRADO Quemaduras con lesión superficial de las capas epidérmicas, con las características de eritema, edema y ardor.

2º GRADO SUPERFICIAL Lesión de capas más profundas de la epidermis, con presencia de flictenas con fondo rojo y dolor.

2º GRADO PROFUNDO Heridas que lesionan la mayor parte de las capas epidérmicas y las más superficiales de la dermis, con presencia de flictenas, de fondo blanco y presencia de dolor

3º GRADO Son quemaduras profundas que comprometen todas las capas de la epidermis y la dermis, con implicación de tejidos profundos. Hay ausencia de flictenas, ausencia de sensibilidad y acartonamiento de tejidos.

Para incluir estos dos parámetros, extensión y profundidad en la escala numérica de valoración, se multiplica la extensión por la profundidad así:

1º Grado por 1.

2º Grado superficial y profundo por 2.

3º Grado por 3.

Con estos tres parámetros, edad, extensión y profundidad se determina el pronóstico de vida y la conducta a seguir, teniendo en cuenta la evaluación previa

Implicación Vital = Extensión x Profundidad + Constante de Edad.

Ejemplo : Paciente de 15 años, con quemaduras del 20% en 2º Grado. Con el siguiente procedimiento, se ubica el paciente en la escala numérica, así:

$$20 \times 2 = 40 + 30 = 70 \text{ Puntos}$$

Según el cuadro siguiente el paciente del ejemplo tiene un puntaje de 70 puntos que

corresponde a una implicación vital moderada.

Escala de puntaje para calcular la implicación vital

Leve 0 - 40 Puntos.

Moderada 41 - 70 Puntos

Graves 71 - 100 Puntos

Críticos 101 - 150 Puntos

Mortal mayor de 150 Puntos.

Además de éstos tres parámetros, se tiene en cuenta:

4. AGENTE ETIOLOGICO: Las quemaduras por electricidad, siempre son graves, aunque su extensión sea muy pequeña requiere hospitalización, con el fin de hacer una observación por lo menos durante 24 horas, tomar un electrocardiograma, vigilar eliminación urinaria y verificar otras lesiones secundarias al paso de la corriente eléctrica por el cuerpo.

5. LOCALIZACION ANATOMICA DE LAS QUEMADURAS: Se consideran graves las quemaduras localizadas en las llamadas zonas especiales: cara, articulaciones y area genital; estas personas requieren procedimientos especiales para evitar complicaciones.

Conducta a seguir según el puntaje obtenido en la valoración.

Una vez realizada la valoración y aplicados los parámetros, que se han descrito anteriormente, se obtiene un puntaje que refleja la gravedad del paciente y por lo tanto el cuidado que requiere.

En el siguiente cuadro se muestra la escala de puntaje y el cuidado asignado.

Los parámetros analizados anteriormente, no garantizan por sí solos el éxito de la

| PUNTAJE | CLASIFICACION | TIPO DE CUIDADO ASIGNADO |
|------------------------|---------------|--|
| ENTRE 0 - 40 PUNTOS | LEVE | CURACION DE URGENCIAS TRATAMIENTO AMBULATORIO |
| ENTRE 41 - 70 PUNTOS | MODERADA | |
| ENTRE 71 - 100 PUNTOS | GRAVE | REMITIR A UNIDAD ESPECIALIZADA |
| ENTRE 101 - 150 PUNTOS | CRITICA | |
| MAYOR DE 150 PUNTOS | MORTAL | ATENDER EN EL SITIO DE CONSULTA. REALIZAR SOLAMENTE ACTIVIDADES DE APOYO. |

atención del paciente quemado; son simplemente una valoración aproximada de su gravedad y la determinación del tipo de tratamiento que se debe seguir, sin que su vida corra riesgos.

Procedimientos para el tratamiento ambulatorio

El tratamiento ambulatorio incluye dos aspectos fundamentales: la quemadura como *herida*, secundaria a la destrucción de tejidos por el fuego o cualquier otro elemento, y *la persona quemada*, con una serie de necesidades, psicológicas, sociales, espirituales y fisiológicas, las que en ningún momento pueden pasar inadvertidas, para dar prioridad a la curación, sino que deben ser atendidas simultáneamente, para que el tratamiento sea eficaz y completo.

Para la realización del tratamiento local, se tiene en cuenta que el paciente está en contacto directo con el medio ambiente; por lo tanto la herida requiere una buena protección para evitar la contaminación y posterior infección; por esto, el tratamiento, oclusivo es el más indicado.

Los pasos a seguir para la realización del procedimiento son: Desbridación y lavado cuidadoso del área lesionada, aplicación sobre la herida un bacteriostático, como la sulfadiazina de plata, la cual se cubre con un antiadherente, que puede ser gasa vaselinada, cubriendo todo con vendaje de gasa, de

manera que de protección absoluta a la herida. Este procedimiento se realiza cada tercer día.

Para las quemaduras *superficiales localizadas en la cara* se utiliza el método de *Escarificación*, el cual consiste en la formación de una escara protectora sobre la herida, de manera que permanezca adherida hasta cuando se haya completado el proceso de epitelización.

Con este fin se viene utilizando la Rifampicina en spray. Previa desbridación y lavado de la zona lesionada, se aplican varias capas del medicamento, secando con aire a temperatura adecuada, hasta que se logre la formación de la escara, la que se elimina espontáneamente, cuando la herida haya curado completamente.

Para completar el tratamiento, se requiere el establecimiento de un plan de cuidado, que involucre al paciente y a la familia, con el fin de solucionar conjuntamente las necesidades identificadas, según el caso particular de cada persona.

Para lograr este propósito, nadie más indicado que la enfermera, que conoce la fisiopatología de las quemaduras, los problemas potenciales inherentes a ellas, y que con el cuidadoso seguimiento de la evolución, sabe cuando se requiere la ayuda de otros profesionales, para lograr una verdadera recuperación de la persona que tuvo la mala suerte de sufrir una quemadura.

Es cierto que la complejidad de la situación clínica del paciente quemado requiere de un equipo de profesionales, para solucionar los múltiples problemas que a lo largo de su evolución se van presentando. Pero es la enfermera quien realmente conoce no sólo la *quemadura* sino a la *persona quemada* y por lo tanto es quien debe coordinar las actividades de los demás profesionales, de tal forma que den respuesta a las verdaderas necesidades del paciente, con miras a lograr la recuperación integral de la persona quemada.

Perspectivas en el cuidado de enfermería a la persona quemada

Hasta el momento actual, se ha dado prioridad al trabajo de enfermería dentro del área hospitalaria y en el campo de una especialidad: la enfermera de salas de cirugía, de pediatría, de obstetricia, de quemados, entre otros, cargos que se desempeñan con gran éxito.

Pero hoy se exige más de la enfermera (o); se reclama su presencia también fuera de los hospitales, más cerca de la gente y de su medio, con nuevas formas de trabajo, que le permitan no solo ver la enfermedad, sino también velar por la salud.

Cuidar la quemadura sigue siendo función hospitalaria, a cargo de un grupo de profesionales, cuyo modelo de atención esta basado en acciones y procedimientos, aspectos fundamentales en el tratamiento de los pacientes quemados, pero que pudieran complementarse con una visión más integral del ser humano.

Los enfoques rígidos de las instituciones de salud, someten a la persona a un estado de total dependencia, que le impide tomar parte activa en su tratamiento, discutir sobre lo que le disgusta, rechazar algo con lo que no esta de acuerdo, ni menos exigir la presencia de sus familiares, en el momento en que lo desee; la familia se ve simplemente como un

visitante que "interfiere con las actividades del servicio" y por lo tanto, debe someterse a un tiempo limitado y a un horario establecido para las visitas, tanto mejor si estas no son frecuentes".

Cuidar a la persona quemada, tiene otra dimensión, que implica romper con estos esquemas y con algunas normas y ver a través de los tejidos quemados, un ser humano, cuya vida esta anclada en un medio social, que aportó muchos de los elementos y factores de riesgo para convertirlo en paciente que a su vez, también tiene mucho que ofrecer para su recuperación; como miembro de una familia, cuya unión se rompió con la hospitalización, pero que este apoyo familiar sigue siendo valioso en la etapa de separación; verlo además, como un niño, adulto o anciano, con su rol social y familiar definido, que de un momento a otro, quedó reducido al rol del paciente.

La formación del profesional de enfermería, le aportó un cúmulo de conocimientos de todo orden: (clínicos, educativos, humanísticos y de gerencia), que perfectamente la capacitan para romper con los esquemas tradicionales, para poder tomar a la persona de manera integral y como miembro de una familia perteneciente a una sociedad, cuya recuperación será más efectiva dentro de su propio ambiente, que en el medio artificial y desconocido del hospital.

La nueva reglamentación de salud del país, abre muchas puertas para el ejercicio independiente de las profesiones; sólo se requiere atreverse a enfrentar los nuevos retos y creer en las capacidades y en la preparación que se tiene.

Muchas veces, la inseguridad y un falso temor para establecer nuevas estrategias de trabajo, ha dado como resultado, que se deje de lado algunos de nuestros campos de acción para permitir que otros profesionales tomen partido de aquello que se va dejando de lado, por temor de asumir nuevas respon-

sabilidades, en un campo tan nuestro, como es el área de cuidados de enfermería al paciente quemado ambulatorio, con sus múltiples aspectos de prevención, tratamiento y rehabilitación proyectando su acción al hogar y al medio laboral.

Si queremos responder a las tendencias actuales de enfermería la prestación de un cuidado óptimo a la persona quemada, exige la búsqueda de una mejor calidad de vida, con un trato humano y holístico, con respeto y respaldo, a él como ser trascendente y a su familia como recurso esencial para la prestación del servicio de salud. Exige tener en cuenta el contexto, la cultura y la experiencia de todos los involucrados en dicho cuidado y fortalecer la capacidad de cada persona, como cuidador y su potencial de

desarrollo en este campo, es decir, dar un cuidado recíproco.

Un programa de cuidado organizado y liderado por enfermería, en el área del paciente quemado ambulatorio, genera un gran beneficio para las personas quemadas quienes verían por primera vez, que lo más importante de su tratamiento no es solamente la curación de sus heridas, sino el aporte de ellos y sus familias, para la recuperación integral.

Así dignificando al ser humano, que circunstancialmente se quemó, el profesional de enfermería mostrará al mundo, que su campo de acción es tan amplio y tan rico en oportunidades, que asumidas con verdadero compromiso le permitirán crecer como persona y engrandecer la profesión.

BIBLIOGRAFIA

- CAUIFFAM, Felipe. Cirugía Plástica, Reconstrucción y Estética. Salvat Editores, Barcelona Tomo I 1986.
- CURTIS P. Arz. El Tratamiento de las Quemaduras. Editorial Alhambra S.A Madrid España 1980.
- GUERRERO, Linda. *Quemaduras* Publicación Unidad de Quemados, Hospital Simón Bolívar.
- KIRSCHBAUM, Simón. Tratamiento Integral de las Quemaduras. Salvat Editores, segunda Edición, Barcelona 1980.
- LORENTE, F. Revista Rol. Quemaduras, Tratamiento y Clasificación. No. 153, año XIV, mayo 1991.
- PATÍÑO, José Félix. Guía para el Tratamiento de las Quemaduras. Editorial FACS, Tercera Edición - Bogotá 1981.
- RIEU, Michel. De garde Aux Brules. Centyre de Brules Hopital Cochin, Paris - Francia 1981.
- SALISBURG, Roger E. Tratamiento de las Quemaduras. Salvat Editores, Barcelona 1986
- SASTOQUE, Cristóbal. Quemaduras en Niños. Editorial Presencia 1979.