



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS DEL PACIENTE GRAN
QUEMADO HOSPITALIZADO. LA VOZ DEL PACIENTE.

CARE STANDARIZATION FOR THE HOSPITALIZED SERIOUS
BURNING PATIENT. THE VOICE OF THE PATIENT.

Autor/es

Carlos Sarroca San Pedro

Director/es

María Esther Samaniego Díaz de Corcuera

Facultad de Ciencias de la Salud
2016

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
1. ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. OBJETIVOS.....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
5. DESARROLLO	
5.1 VALORACIÓN.....	11
5.2 DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN.....	12
5.3 EJECUCIÓN.....	22
5.4 EVALUACIÓN.....	26
6. CONCLUSIONES.....	27
7. BIBLIOGRAFÍA.....	28
8. ANEXOS.....	31

1. RESUMEN

Introducción: Las quemaduras son lesiones traumáticas que producen la destrucción de los tejidos por la acción de un agente físico, químico o biológico y que pueden provocar lesiones locales o sistémicas. Constituyen uno de los principales problemas de salud mundiales, provocando unas 265.000 muertes al año, mayormente en países de bajo y mediano ingreso. El paciente gran quemado es aquel que requiere ser ingresado en una unidad especializada por la gravedad de sus lesiones. Más allá de su supervivencia, requerirá un abordaje biopsicosocial lo más precoz posible que le permitirá alcanzar un buen ajuste adaptativo. El equipo de enfermería será quien otorgue esos cuidados integrales, sin olvidar la importancia de la participación familiar y del apoyo social.

Objetivo: Desarrollar un Plan de Cuidados de enfermería dirigido al paciente gran quemado hospitalizado que permita brindar cuidados físicos de calidad y potencie el papel de enfermería en el ámbito psicosocial.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos científicas, páginas web, libros, revistas y monografías. Se empleó el modelo de cuidados de Virginia Henderson y la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC, centrando las actividades a partir de las propias sensaciones narradas por una paciente en su libro. Para la evaluación se utilizaron diversas escalas.

Conclusiones: La adopción precoz de un tratamiento biopsicosocial estandarizado permitirá que el profesional de enfermería brinde cuidados de calidad y que el paciente consiga una correcta adaptación.

Palabras clave: "quemaduras", "paciente quemado", "paciente gran quemado", "gran quemado", "estrés postraumático", "tratamiento trastorno estrés postraumático".

1. ABSTRACT

Introduction: Burns are traumatic lesions which destroy the tissues by the action of a physical, chemical or biological agent. They may also cause local or systematic lesions. Burns are one of the main health problems on the world. They cause around 265,000 fatalities per year, especially in low and medium hospitalization countries. Serious burning patient is the one who needs to be hospitalized in a specialized unit due to the seriousness of its injuries. The patient will need, not only to be treated for its survival, but also a biopsychosocial approach as soon as possible, in order to reach the correct adaptive adjustment. The nursery team is who will give these comprehensive cares, not forgetting the importance of family and social support.

Objective: Developing a Care Nursery Plan for the hospitalized serious burning patient, which permit a physical high-quality care. This plan promotes as well, the role of the nursery in the psychosocial area.

Methodology: Bibliographical searching throughout scientific database, web pages, books, medical magazines and monographs. The Virginia Henderson's Care model was utilized, as well as the nursery taxonomy NANDA, NOC, NIC, focusing the activities according to the sensations expressed by the own patients in her book. For the evaluation, several scales were used.

Conclusion: The soonest standardized biopsychosocial treatment permits the professional nurse to give high-quality cares, and the patient to have a correct adaptation.

Key words: "burns", "burned patient", "serious burned patient", "serious burning", "post-traumatic stress", "post-traumatic stress disorder treatment".

2. INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones traumáticas que producen la destrucción de los tejidos por la acción de un agente físico, químico o biológico y que pueden provocar lesiones locales o sistémicas. La severidad de una quemadura está relacionada con la transferencia de calor ¹. La piel tolera el contacto breve con temperaturas de hasta 40°C, aumentando las lesiones sufridas conforme se sobrepasa este límite. La exposición a temperaturas superiores a 70°C produce destrucción tisular inmediata, necrosándose la epidermis. Las quemaduras pueden llegar a producir diferentes alteraciones: cardiovasculares (vasoconstricción refleja inicial, vasodilatación posterior con aumento de permeabilidad que provoca edemas e hipovolemia y disminución del gasto cardíaco), pulmonares (edema de las vías respiratorias, edema pulmonar, colapso alveolar, disminución del surfactante), renales (disminución del flujo renal y del filtrado glomerular), gastrointestinales (atrofia de la mucosa y problemas de absorción), hidroelectrolíticas y hematológicas ².

A pesar de los grandes avances en los últimos años en el tratamiento de las quemaduras, siguen siendo uno de los principales problemas de salud mundiales. Se estima que el 1% de la población mundial ha sufrido una quemadura grave a lo largo de su vida y que cada año un 3 por mil de la población sufre quemaduras que requieren atención sanitaria ^{3,4}. Según la OMS, las quemaduras son más comunes en el ámbito doméstico y laboral y son la causa de unas 265.000 muertes al año, la mayoría de las cuales se producen en países de bajo y mediano ingreso ⁵. En Europa, del total de casos de accidentes, las quemaduras representan un 5% y la mortalidad asociada es de 2 por cada 100.000 habitantes. En España se calcula que se producen al año 1 caso por cada 3000 habitantes, de los cuales el 5% fallece durante la estancia hospitalaria ^{3,6}.

Las quemaduras no fatales constituyen una de las principales causas de morbilidad, asociándose a largas estancias hospitalarias, discapacidad, alteración de la imagen corporal y rechazo social y de uno mismo ⁵. El progreso en los últimos años ha aumentado la probabilidad de

supervivencia física, lo que ha hecho que se eleve la preocupación por la posible morbilidad psicológica de estos pacientes ⁷.

La clasificación de las quemaduras se realiza en función de su profundidad, extensión y localización. Según la profundidad de las quemaduras se clasifican en grado I, II superficial, II profundo y III ^{8,9} (Anexo 1). La extensión de la quemadura hace referencia a la superficie corporal quemada (SCQ). Su determinación es esencial para la decidir si se instaure o no un tratamiento. Para su cálculo se emplea la regla de Tennison y Pulasky, también conocida como "regla de los 9" (Anexo 2), o la regla de la mano que permite calcular la extensión de la quemadura según el número de veces que se puede superponer sobre ella la palma de la mano, sabiendo que la palma equivale a un 1% ^{9,10}. La American Burn Association establece una clasificación de las quemaduras según su gravedad: leves (tratadas ambulatoriamente), moderadas (tratadas en hospitales generales) y graves (tratadas en unidades especializadas) ¹⁰ (Anexo 3).

Se entiende por paciente gran quemado a aquel que debe ser ingresado en la Unidad de Quemados para recibir un tratamiento especializado debido a sus lesiones, ya sea por su localización, extensión o profundidad ¹ (Anexo 4). Requiere intervenciones más allá de la supervivencia, un abordaje biopsicosocial para alcanzar una función óptima. Es frecuente que este tipo de pacientes estén relacionados con trastornos psiquiátricos previos al accidente o que los desarrollen por el suceso originario de la quemadura o por ésta misma, siendo el trastorno por excelencia el estrés postraumático (TEPT) ¹¹. El diagnóstico del TEPT debe ser llevado a cabo por un profesional de salud mental, tomando como referencia los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, American Psychological Association) ¹² (Anexo 5). Son tres los factores que determinan su desarrollo: la falta de apoyo social tras el trauma, el nivel de estrés tras el trauma y la magnitud del trauma ¹³. Se manifiesta mediante una serie de síntomas agrupados en tres grupos: reexperimentación, evitación y activación fisiológica ^{14,15}.

Es muy importante llevar a cabo intervenciones psicológicas precoces para conseguir un buen ajuste adaptativo psicosocial y aceptar la discapacidad y/o desfiguración si la hubiese ¹¹. La adaptación dependerá de la calidad de adaptación previa a la lesión, cobrando gran importancia los trastornos psiquiátricos previos. La fuerza psicológica previa (ausencia de psicopatologías) y el apoyo repercuten de forma previsible en el proceso de adaptación psicológica, no haciéndolo la gravedad de las quemaduras ⁷. El tratamiento no farmacológico es una parte muy importante del abordaje del dolor y de los trastornos psicológicos del paciente. La psicología, ejercicios de relajación, la distracción o la terapia cognitivo-comportamental son muy beneficiosas en el proceso de rehabilitación ¹⁶. En concreto una de las terapias de mayor utilidad es el apoyo y el diálogo en grupo con otros pacientes de la misma índole (Allué, 2004) ¹⁷.

Así pues, el equipo de enfermería será el encargado de brindar unos cuidados integrales, teniendo en cuenta la importancia que para el enfermo puede y debe tener su propia intervención en la toma de decisiones. Se encargará de realizar las curas pertinentes por lo que debe estar familiarizado con técnicas de calidad, adoptando medidas de aislamiento y asepsia con el fin de prevenir infecciones. El estar en continuo contacto con el paciente y su familia le proporciona una ventaja para poder abordar los trastornos psicológicos que suelen acompañar a este tipo de patologías ¹⁸.

3. OBJETIVOS

General: Desarrollar un Plan de Cuidados biopsicosociales de enfermería en el paciente gran quemado hospitalizado.

Específicos:

1. Identificar los principales diagnósticos de enfermería que pueden presentarse en el paciente gran quemado.
2. Proporcionar cuidados físicos de calidad para el tratamiento de las quemaduras graves.
3. Potenciar el papel del profesional de enfermería en el tratamiento del aspecto psicológico del paciente gran quemado, abordando el temor, dolor, ansiedad, depresión...

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el paciente quemado, sus alteraciones físicas y psicológicas y su tratamiento. Tras una lectura comprensiva se hizo una selección y síntesis del material hallado para crear una base de conocimientos contrastada.

La estrategia de búsqueda fue la revisión de publicaciones disponibles en bases de datos: Cuiden Plus, Science Direct, Scielo, Dialnet, Pubmed y Google Académico. La Unidad de Quemados del Hospital Miguel Servet de Zaragoza proporcionó material informativo y también se obtuvo información a través de libros, revistas, monografías y páginas web.

Las palabras clave utilizadas fueron: "quemaduras", "paciente quemado", "paciente gran quemado", "gran quemado", "estrés postraumático", "tratamiento trastorno estrés postraumático".

Se seleccionaron artículos comprendidos entre 1997 y 2016. El trabajo se realizó entre los meses de febrero y mayo de 2016.

Los instrumentos utilizados para la valoración y el proceso diagnóstico fueron el modelo de cuidados de Virginia Henderson y la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC. Para la evaluación del paciente se emplearon varias escalas validadas: Glasgow (nivel de consciencia), Goldberg (estado de ansiedad y depresión), EVA (nivel de dolor), Cuestionario SF-36 (calidad de vida) y la Escala de 8 Ítems que evalúa los resultados del tratamiento del TEPT.

Se realizó un Plan de Cuidados cuya población diana fue el paciente gran quemado hospitalizado. Se llevó a cabo la valoración enfermera mediante el modelo de cuidados de Virginia Henderson. A partir de él, se expusieron los principales diagnósticos de enfermería mediante la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC, centrando el ámbito de actuación en el tratamiento de las heridas y en el abordaje psicológico del paciente gran quemado, por el propio testimonio que una paciente narra en su libro.

A continuación se exponen las fuentes de información:

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS LEIDOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CUIDEN	"guía paciente quemado"	3	(1)
	"gran quemado"	4	(19)
	"quemaduras"	27	(26)
SCIENCE DIRECT	"paciente quemado"	20	(7,16)
	"gran quemado"	5	(18)
	"estrés postraumático"	8	(22,23)
SCIELO	"paciente quemado"	15	(2,3)
	"gran quemado"	6	(4)
	"paciente gran quemado"	1	(11)
	"escala EVA"	17	(29)
	"cuestionario de salud SF-36"	18	(30)
DIALNET	"estrés postraumático"	8	(15,21)
PUBMED	"estrés postraumático"	5	(20)
GOOGLE ACADEMICO	"manejo de quemados"	1	(10)
	"post-traumatic stress disorder"	5	(13)
	"tratamiento trastorno estrés postraumático"	29	(24,14)
	"tratamiento sucesos traumáticos"	4	(25)

LIBROS

1. Protocolos de Enfermería en la unidad de Grandes Quemados. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza-Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados. Planta 4ª (6)
2. Enfermería médico-quirúrgica. (9)
3. Perder la piel. (17)
4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (27)
5. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. (31)
6. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. (32)

PÁGINAS WEB

1. Organización Mundial de la Salud. Quemaduras.
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>) (5)
2. Indexer. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. Clasificaciones.
(<http://www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm>)(8)
3. Clínica de la ansiedad. Síntomas del Estrés Postraumático: Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales
(<https://clinicadeansiedad.com/problemas/estres-postraumatico/sintomas-del-estres-postraumatico-criterios-diagnosticos-segun-las-clasificaciones-internacionales/>) (12)
4. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico.
(http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5) (28)

5. DESARROLLO

5.1 VALORACION

El sujeto de valoración es el paciente adulto gran quemado hospitalizado y se aplica el modelo biopsicosocial de cuidados de Virginia Henderson. A continuación se exponen las posibles alteraciones que pueden presentar este tipo de pacientes. Se omiten las manifestaciones de independencia que suelen variar más en función del individuo.

<u>Valoración del paciente gran quemado según el modelo de Virginia Henderson</u>		
<u>Necesidad</u>	<u>Manifestaciones de dependencia</u>	<u>Datos a considerar</u>
1. Respiración y circulación	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia. • Edemas.
2. Nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit nutricional por defecto. • Déficit del volumen de líquidos. • Disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de absorción. • Sueroterapia. • Nutrición parenteral.
3. Eliminación	X	<ul style="list-style-type: none"> • Sonda vesical y pañal.
4. Moverse y mantener una postura adecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Inmovilidad o movilidad reducida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia muscular. • Prótesis antideformidad.
5. Sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incomodidad y dolor.
6. Vestirse y desvestirse	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para vestirse-desvestirse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de trajes mallados.
7. Mantener la temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación inefectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medios físicos para mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de aseo propio. • Lesiones tisulares. 	X
9. Evitar los peligros ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientación. • Ansiedad. • Dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección por lesiones tisulares.
10. Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para la comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de apoyo emocional.
11. Creencias y valores personales	X	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicto religioso por la situación.
12. Trabajo y realización	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad laboral temporal o permanente. • Inaceptación propia. 	X
13. Actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para realizar ejercicio físico. • Ausencia de actividades de ocio. 	X
14. Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaceptación. • Rehabilitación. 	X

5.2 DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN

Siguiendo la taxonomía NANDA se enuncian a continuación los principales diagnósticos de enfermería más comunes en el paciente quemado, exponiendo los resultados esperados (NOC) y las intervenciones llevadas a cabo para ello (NIC).

(00039) Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión m/p disnea e hipoxia	
NOC	NIC
(0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso	(3390) Ayuda a la ventilación Actividades: <ul style="list-style-type: none">Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios.
	(3350) Monitorizar el estado respiratorio, según corresponda. Actividades: <ul style="list-style-type: none">Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos con sistemas de alarma.
Indicadores: <ul style="list-style-type: none">(040210) ph arterial.(040211) Saturación de O₂.	(3320) Oxigenoterapia Actividades: <ul style="list-style-type: none">Administrar oxígeno suplementario según órdenes.Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).

<u>(00027) Déficit del volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p aumento de la concentración de la orina, disminución de la diuresis y aumento de la temperatura corporal</u>	
NOC	NIC
(0602)Hidratación Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • (060211) Diuresis. • (060227) Aumento de la temperatura corporal. 	(4120) Manejo de líquidos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar líquidos, según corresponda. (4200) Terapia intravenosa (i.v.) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Registrar los ingresos y las pérdidas del modo adecuado. (2080) Manejo de líquidos/electrolitos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que la solución i.v. que contenga electrólitos se administra a un ritmo constante, según corresponda.
(0601)Equilibrio hídrico Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • (060116) Hidratación cutánea. • (060117) Humedad de membranas mucosas. 	
(1107)Recuperación de las quemaduras Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • (110702) Perfusión tisular en la zona de la quemadura. • (110704) Estabilidad de la temperatura. 	

(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c factores biológicos m/p pérdida de peso con consumo adecuado de nutrientes	
NOC	NIC
<p>(1009) Estado nutricional: ingestión de nutrientes</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (100901) Ingestión calórica. • (100902) Ingestión proteica. 	<p>(1100) Manejo de la nutrición</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar la dieta, según sea necesario.
<p>(1007) Estado nutricional: energía</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (100708) Tono muscular. • (100704) Curación tisular. 	

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético y dolor m/p disminución de la amplitud de movimientos y discomfort	
NOC	NIC
<p>(0208) Movilidad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (020804) Movimiento articular. • (020802) Mantenimiento de la posición corporal. 	<p>(0224) Terapia de ejercicios: movilidad articular</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares. • Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
<p>(2102) Nivel del dolor</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (210224) Muecas de dolor. 	

(00095) Insomnio r/c malestar físico y factores estresantes m/p dificultad para conciliar el sueño	
NOC	NIC
(0004) Sueño	<p style="text-align: center;">(1850) Mejorar el sueño</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
Indicadores:	
<ul style="list-style-type: none"> • (000403) Patrón del sueño. • (000404) Calidad del sueño. 	
(2102) Nivel del dolor	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
Indicadores:	
<ul style="list-style-type: none"> • (210204) Duración de los episodios de dolor. • (210206) Expresiones faciales de dolor. 	
(1211) Nivel de ansiedad	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
Indicadores:	
<ul style="list-style-type: none"> • (121101) Desasosiego. • (121129) Trastorno del sueño. 	

(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c hipertermia m/p alteración de la integridad de la piel	
NOC	NIC
(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	<p style="text-align: center;">(3661) Cuidados de las heridas: quemaduras</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección. • Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de las extremidades y articulaciones para evitar la retracción. • Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donante e injerto. • Ofrecer al paciente opciones de reparación estética.
Indicadores:	
<ul style="list-style-type: none"> • (110101) Temperatura de la piel. • (110104) Hidratación. • (110108) Textura. • (110115) Lesiones cutáneas. 	
(1106) Curación de las quemaduras	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección. • Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de las extremidades y articulaciones para evitar la retracción. • Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donante e injerto. • Ofrecer al paciente opciones de reparación estética.
Indicadores:	
<ul style="list-style-type: none"> • (110402) Proliferación celular. • (110602) Porcentaje de zona de la quemadura curada. 	

(00004) Riesgo de infección r/c alteración de la integración de la piel	
NOC	NIC
<p>(1902)Control del riesgo</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (190202) Controla los factores de riesgo ambientales. • (190205) Adapta las estrategias de control del riesgo. 	<p>(3661) Cuidados de las heridas: Quemaduras</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar métodos para proteger la parte afectada. <p>(3590) Vigilancia de la piel</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. <p>(6550) Protección contra las infecciones</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario. • Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
<p>(1106) Curación de las quemaduras</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (110602) Porcentaje de zona de la quemadura curada. • (110610) Olor fétido de la herida. • (110609) Drenaje purulento. 	
<p>(0702)Estado inmune</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (070207) Temperatura corporal. • (070221) Detección de infecciones actuales. 	

(00146) Ansiedad r/c grandes cambios m/p incertidumbre, insomnio y preocupación

NOC	NIC
<p>(1302) Afrontamiento de problemas</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (130205) Verbaliza aceptación de la situación. • (130217) Refiere disminución de los sentimientos negativos. 	<p>(5820) Disminución de la ansiedad</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza. <p>(5880) Técnica de relajación</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.
<p>(1402) Autocontrol de la ansiedad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (140207) Planea estrategias para superar situaciones estresantes. • (140204) Busca información para reducir la ansiedad. 	<p>(5270) Apoyo emocional</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. <p>(5320) Humor</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los tipos de humor apreciados por el paciente. • Fomentar las tonterías y guasas.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas y conducta expresiva

NOC	NIC
<p>(1605) Control del dolor</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (160503) Utiliza medidas preventivas. • (160502) Reconoce el comienzo del dolor. 	<p>(1400) Manejo del dolor</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
<p>(3016) Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (301602) Nivel de dolor controlado regularmente. • (301610) Abordajes preventivos utilizados para manejar el dolor. 	<p>(2210) Administración de analgésicos</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso. <p>(5900) Distracción</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a dedicarse a la distracción antes del momento necesario, si es posible. <p>(5922) Facilitar la autohipnosis</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las técnicas de inducción adecuadas. <p>(6040) Terapia de relajación</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.

(00073) Afrontamiento familiar comprometido r/c crisis de desarrollo experimentada por la persona de referencia m/p la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente

NOC	NIC
<p>(2609) Apoyo familiar durante el tratamiento</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (260903) Los miembros preguntan cómo pueden ayudar. • (260917) Participa en la planificación del alta. 	<p>(7110) Fomentar la implicación familiar</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas de éste. • Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.
<p>(2506) Salud emocional del cuidador principal</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (250602) Sensación de control. • (250607) Depresión. 	<p>(7140) Apoyo a la familia</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas de afrontamiento adicionales eficaces para su uso propio. • Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.

**(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c lesión m/p
sentimientos negativos sobre el cuerpo**

NOC	NIC
<p>(1200)Imagen corporal</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none">• (120013) Adaptación a cambios corporales por lesión.	<p>(5220) Mejora de la imagen corporal</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.• Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.
<p>(1205)Autoestima</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none">• (120511) Nivel de confianza.	<p>(5395) Mejora de la autoconfianza</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito.• Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.

(00141) Síndrome postraumático r/c accidente grave m/p ansiedad y depresión	
NOC	NIC
(2002) Bienestar personal Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • (200202) Salud psicológica. • (200207) Capacidad de afrontamiento. • (200209) Nivel de felicidad. 	(5270) Apoyo emocional Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. (5230) Mejorar el afrontamiento Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel. • Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
(1204) Equilibrio emocional Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • (120402) Muestra un estado de ánimo sereno. 	
(1409) Autocontrol de la depresión Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • (140905) Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva. • (140924) Fija objetivos realistas. 	
(1404) Autocontrol del miedo Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • (140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. 	

Otros diagnósticos asociados al paciente quemado secundarios a los ya enunciados y que se solucionarían tratando los principales son:

1. (00128) Confusión aguda r/c alteración del ciclo sueño-vigilia y delirio m/p alteración de la función cognitiva, alucinaciones e inquietud.
2. (00249) Riesgo de úlcera por presión r/c disminución de la movilidad.
3. (00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas m/p dificultad para expresar pensamientos verbalmente.

5.3 EJECUCIÓN

“La palabra baño era para mí horror”, “Hablar fue siempre mi mejor terapia”, “En los cinco meses que estuve en el hospital de mi ciudad no pasé una sola tarde sin compañía variada [...] me hizo mucho más soportable la dureza de la rehabilitación y el proceso de cicatrización”, “En terapia empecé a reírme con ganas, a gastar bromas de humor negro...”, “Miedo. Miedo absoluto al dolor, al sufrimiento infinito...” (Allué, 2004, p.57,78,123,137,198) ¹⁷. A partir de lo que expresa esta paciente quemada en su libro, se va prestar especial atención en dos aspectos de este tipo de pacientes, el proceso de curas con su consiguiente proceso de dolor y el abordaje psicosocial.

CURAS

Se trata de un procedimiento en el que se debe mantener la mayor asepsia posible, siendo necesario un lavado quirúrgico previo y el uso de gorro, mascarilla, guantes y bata estériles. Las curas de las quemaduras son muy dolorosas por lo que se emplearán analgésicos para facilitar la técnica ⁶.

Antes de la cura se realizará un baño hidroterápico y antiséptico, no indicado en pacientes con hipotermia. Se coloca al paciente dentro de la bañera, que se llena con agua a 38°C amortiguando la caída del agua del grifo con la mano para no lastimar al paciente. Se lavan las zonas lesionadas con agua y jabón de clorhexidina y las zonas sanas con jabón de pH neutro. Posteriormente se secan las zonas quemadas con compresas estériles y se cubre al paciente con paños estériles para mantener la temperatura. Tras la ducha se procede a la cura que podrá ser de dos tipos:

- Cura oclusiva: Protege y disminuye el riesgo de infección al aislarla del ambiente pero produce malos olores y puede producir infección por el acúmulo de exudados. Se realiza cada 24-48 horas.

- Cura expositiva: Se emplea en cara, cuello y periné. Permite una mayor visión de las lesiones y evita el mal olor pero es más dolorosa y frágil por estar expuesta. Se realiza cada 12-24 horas ⁶.

Las infecciones de las quemaduras son producidas por la propia flora bacteriana, por lo que se realizará un cultivo del exudado de la lesión previo a la ducha para determinar dicha flora y poder establecer el tratamiento antibiótico adecuado. Dicho cultivo se hará pasados los 7 primeros días y cada 7 días ^{6,9}. El bacteriostático tópico más utilizado es la sulfadiacina argéntica, combinándose con nitrato de cerio para quemaduras muy extensas. En caso de intolerancia a sulfamidas la nitrofurazona es el más indicado ^{10,6}.

Las quemaduras de II grado epitelizan espontáneamente a partir de sus bordes y en algunas de II grado profundo y las de III grado se elimina la escara mediante desbridamiento para poder realizar un injerto. Ante la presencia de ampollas se debe drenar su contenido y recortar los bordes epidérmicos ¹⁰. El desbridamiento es el procedimiento en el que se retira el tejido afectado. Puede ser mecánico mediante arrastre con suero, quirúrgico mediante pinzas y tijeras (con un límite de un 20% de la superficie corporal para evitar pérdidas sanguíneas) o bioquímico mediante la aplicación de agentes tópicos (para escaras muy gruesas o quemaduras muy extensas) ⁶.

En grandes quemaduras se realizan injertos. Tras la intervención, la zona donante puede cubrirse con tull y gasas y mantenerse sin descubrir durante 21 días, salvo signo de infección, o recubrirse con apósitos especiales (mepilex) en cuyo caso se realizará cura diariamente. Una vez aparece tejido epitelizado se aplicará crema hidratante. En la zona injertada, si presenta buen aspecto, se empezarán a retirar grapas a partir del 5º día y se realizarán curas cada 48 horas ⁶.

ABORDAJE PSICOLÓGICO

El paciente que ha sufrido quemaduras graves experimenta también una agresión psicológica provocada entre otros factores por el temor, el dolor, el estrés, la ansiedad... siendo el trastorno psicológico por excelencia el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ^{11,14,15}. En estos pacientes se observa depresión, ansiedad y alteración de la imagen corporal, íntimamente relacionados entre sí ¹⁹.

Un tratamiento psicológico precoz permitirá un buen ajuste adaptativo psicosocial. Estará basado en: terapia cognitivo-conductual, terapia de exposición, reprocesamiento por movimiento ocular o terapia de grupo entre otros ^{14,20,21,22}. En los últimos años se ha visto un incremento de nuevas técnicas ajenas a la biomedicina entre las que destaca la medicina tradicional china (acupuntura) por su coste-efectividad ²³.

El abordaje centrado en el trauma se basa en la memoria y en el significado del suceso traumático, incluyéndose aquí la terapia cognitiva, la exposición o el reprocesamiento por movimiento ocular. El abordaje no centrado en el trauma se basa en aspectos distintos al hecho traumático con el objetivo de enseñar a afrontar las reacciones desadaptativas, incluyéndose aquí la relajación, el yoga o la acupuntura ²⁴.

- La **terapia cognitivo-comportamental**: permite la adquisición de habilidades de superación para ser aplicadas en situaciones reales. Se consigue identificar pensamientos negativos distorsionados para sustituirlos por otros más positivos ²².
- La **terapia de exposición**: tanto a estímulos internos como externos temidos. Puede llevarse a cabo en vivo o mediante la imaginación a través de la escritura, dibujo o audios. Una de las últimas técnicas de exposición es la realidad virtual ²⁴.
- La **terapia de reprocesamiento por movimiento ocular**: combina la imaginación del evento traumático, la autorrepetición de una verbalización negativa sobre el trauma, la concentración en la ansiedad y el movimiento ocular inducido ²⁴.

- La **terapia de grupo**: permite la interacción de pacientes que han pasado o están pasando por el mismo suceso. Gracias a ella el paciente aprende estrategias de afrontamiento de la experiencia de los otros y supera la resistencia emocional a hablar del suceso rompiendo así con el aislamiento social. Puede ser efectiva incluso a través de redes sociales para aquellos pacientes que por alguna causa no puedan salir de casa ^{25,22}.

Este tipo de paciente refiere por lo general que su mayor problema es el dolor ²⁶, ámbito en el que puede jugar un gran papel la enfermería, ya no solo adecuando el cumplimiento del tratamiento analgésico, también manejando diferentes técnicas que permitan disminuir o disimular la sensación de dolor. Igual de importante es el abordaje de otras manifestaciones propias del TEPT como la ansiedad, el delirio, las pesadillas intrusivas repetitivas ²²... Las técnicas empleadas para tratar el dolor son:

- Anticipar la **analgesia** antes situaciones que van a desencadenar dolor como pueden ser las curas o la rehabilitación.
- **Ejercicios de relajación y distracción**: ejercicios respiratorios, meditación, música, diálogo ^{14,22}... La hipnosis resulta un ejercicio de relajación efectivo, permitiendo volver al paciente más receptivo a la sugestión ²⁷.
- **Realidad virtual**: técnica de distracción que se ha observado que disminuye la intensidad del dolor ¹⁶.

Para el tratamiento de la ansiedad y la depresión también se pueden utilizar las anteriores técnicas, aunque lo que más suele ayudar es el apoyo emocional proporcionado principalmente por la familia y amigos y el apoyo grupal. Hablar del trauma resulta una buena forma de afrontarlo, siempre que no se haga de manera reiterada y se pierda la atención en el presente y en futuro. Se debe animar al paciente a recibir visitas y a realizar actividades gratificantes junto a otros pacientes ²⁵.

5.4 EVALUACIÓN

Para la evaluación se emplearán escalas que se aplicarán antes, durante y al finalizar los tratamientos pertinentes para comparar el grado de evolución del paciente a lo largo de su hospitalización.

- **Escala de Glasgow:** permite evaluar el estado de consciencia del paciente evaluando el grado de respuesta ocular, verbal y motora. Su puntuación varía entre 3-15, presentando mayor nivel de consciencia a mayor puntuación ²⁸ (Anexo 6).
- **Escala de Goldberg:** consta de dos subescalas y permite valorar el estado de ansiedad y depresión del paciente. En la subescala de ansiedad la puntuación de corte es mayor o igual a 4 y en la de depresión mayor o igual a 2 ²⁸ (Anexo 7).
- **Escala visual analógica (EVA):** consiste en una regla de 10 cm en la que el paciente señala el lugar donde se encontraría su sensación de dolor entre los valores 0, ausencia de dolor y 10, máximo dolor (Anexo 8). La **escala verbal numérica (EVN)** tiene la misma utilidad pero el paciente expresa su percepción del dolor de forma verbal ²⁹.
- **Cuestionario de salud SF-36:** consta de 36 preguntas que permiten valorar el estado de salud del paciente y es muy útil para identificar la calidad de vida del paciente ³⁰(Anexo 9).
- **Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT:** evalúa los resultados del tratamiento del TEPT mediante 8 ítems que se puntúan entre 0 y 4 según su gravedad ²⁴.

6. CONCLUSIONES

1. La identificación de los principales diagnósticos de enfermería del paciente gran quemado con la siguiente estandarización de cuidados a través de la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC, permitirá disminuir la variabilidad asistencial que se proporciona a este tipo de pacientes. Esto se traducirá en mayor facilidad en la labor de enfermería al establecer el camino a seguir, lo que a su vez conllevará una mejora de la calidad de los cuidados brindados al paciente.
2. Será necesario por parte del equipo de enfermería una abordaje integral de los cuidados del paciente a partir de un punto de vista holístico del ser humano.
3. La adopción de un tratamiento biopsicosocial precoz permitirá al paciente afrontar de manera eficaz la situación y conseguir una correcta adaptación, cobrando gran importancia en el ámbito psicosocial la participación familiar y la integración social.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Píriz Campos RM, Martín Espinosa NM, Postigo Mota S. Guía terapéutica en el paciente quemado crítico. Rev ROL Enferm. 2014; 37(2): 111-114.
2. Ramírez CE, Ramírez Blanco CE, González LF, Ramírez N, Vélez K. Fisiopatología del paciente quemado. Rev Univ Ind Santander Salud. 2010; 42(1): 55-65.
3. Alcázar Gabás M, Fidalgo Pamplona MP, Laplana Miguel O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. Cir Plást Iberolatinoam. 2014; 40(2): 159-169.
4. Curiel Balsera E, Prieto Palomino MA, Fernández Jiménez S, Fernández Ortega JF, Mora Ordóñez J, Delgado Amaya M. Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbilidad y mortalidad del gran quemado. Med Intensiva. 2006; 30(8): 363-639.
5. OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2016 [acceso 28 Mar 2016]. Quemaduras [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
6. Sáinz de Varanda del Campo C. Protocolos de Enfermería en la Unidad de Grandes Quemados. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza-Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados. Planta 4ª.
7. Blakeney PE, Rosenberg L, Rosenberg M, Fauerbach JA. Recuperación psicosocial y reintegración de los pacientes quemados. En: Aarsland A, Arnoldo BD, Barret JP, Barrow RE, Beckum OK, Beierle EA et al., colaboradores. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2009. 595-609.
8. Indexer [Internet]. De Los Santos González CE; c1999-2005 [actualizado Ago 2005; acceso 18 Abr 2016]. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. Clasificaciones [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm>
9. Píriz Campos R. Quemaduras. En: Píriz Campos R, Fuente Ramos M, Alconero Camarero A. Enfermería médico-quirúrgica. 1ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2001. 1123-1137.
10. Ramírez Rivero CE, Rivera JJ, Cabezas MC, Bautista Lorenzo L, Uribe Carvajal JA. Manejo de quemados. Santafé de Bogotá: ISS, Ascofame; 1997.
11. Gallach Solano E, Pérez del Caz MD, Vivó Benlloch C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. Cir Plást Iberolatinoam. 2015; 41(4): 427-436.

12. Clínica de la ansiedad [Internet]. Barcelona: [actualizado 8 Oct 2015; acceso 5 Abr 2016]. Síntomas del Estrés Postraumático: Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/estres-postraumatico/sintomas-del-estres-postraumatico-criterios-diagnosticos-segun-las-clasificaciones-internacionales/>
13. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68(5): 748-766.
14. Labrador FJ, Crego A, Rubio G. Metodología clínica experimental aplicada al estrés postraumática: formulación y tratamiento de un caso. *Acción Psicol.* 2003; 2(3): 253-268.
15. Iruarrizaga I. ¿Cómo diagnosticar un trastorno por estrés postraumático? *Crítica.* 2010; (968): 62-65.
16. Alencar de Castro RJ, Leal PC, Sakata RK. Tratamiento del dolor en quemados. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013; 63(1): 149-153.
17. Allué M. *Perder la piel.* 7ª ed. Barcelona: Planeta/Seix Barral; 2004.
18. Arriagada C. Manejo multidisciplinario del gran quemado. *Rev Med Clin Condes.* 2016; 27(1): 38-41.
19. Martín Espinosa NM, Píriz Campos RM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. *Rev ROL Enferm.* 2014; 37(2): 100-109.
20. Novo Navarro P, Landin Romero R, Guardiola Wanden Berghe R, Moreno Alcázar A, Valiente Gómez A, Lupo W et al. 25 años de EYE Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016. 1-14.
21. Seijas Gómez R. Aspectos Neurobiológicos y Neuropsicológicos del trastorno por estrés postraumático. *C Med Psicosom.* 2012; (104): 19-28.
22. Lavin J. Superación del trastorno por estrés postraumático. *Nursing.* 2012; 30(1): 14-17.
23. González Correa CE, Ángel Macías MA. Interpretación y abordaje de los trastornos derivados de eventos traumáticos desde la perspectiva de la Medicina Tradicional China. *RIA.* 2012; 71-76.
24. Bados A. Bados A. *Trastorno por estrés postraumático.* Barcelona: Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics; 2015.

25. Echeburúa E, De Corral P. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicol Conduct*. 2007; 15(3): 373-387.

26. Pérez Boluda MT, Morales Asencio JM, Carrera Vela A. La vivencia del dolor desde la visión de los pacientes quemados graves. Un estudio fenomenológico. En: Jóvenes y salud ¿combatir o compartir los riesgos? I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud. Málaga; 2014.

27. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

28. Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; [actualizado 7 Oct 2014; acceso 30 Abr 2016]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

29. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2006; 30(8): 379-385.

30. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19(2): 135-150.

31. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International, Inc. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 10ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

32. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. *Medición de Resultados en Salud*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

8. ANEXOS

Anexo 1

Clasificación de las quemaduras según su profundidad.

	ZONA AFECTADA	CARACTERÍSTICAS
I GRADO	EPIDERMIS	Dolorosas Aspecto eritematoso Sin presencia de vesículas Curan espontáneamente en 3-4 días No dejan cicatriz
II GRADO SUPERFICIAL	EPIDERMIS + 1/3 DERMIS	Dolorosas Aspecto rojizo Presencia de vesículas Curan espontáneamente en 14-21 días Dejan cicatriz
II GRADO PROFUNDO	EPIDERMIS + 2/3 DERMIS	Dolorosas Aspecto pálido Presencia de Escaras Curación espontánea o mediante injerto Cicatriz más severa Pueden producir contracturas articulares
III GRADO	EPIDERMIS + DERMIS COMPLETA	Indoloras por destrucción de terminaciones nerviosas Aspecto varía entre blanco y negro Presencia de escaras Curación tardía mediante injertos Cicatriz severa

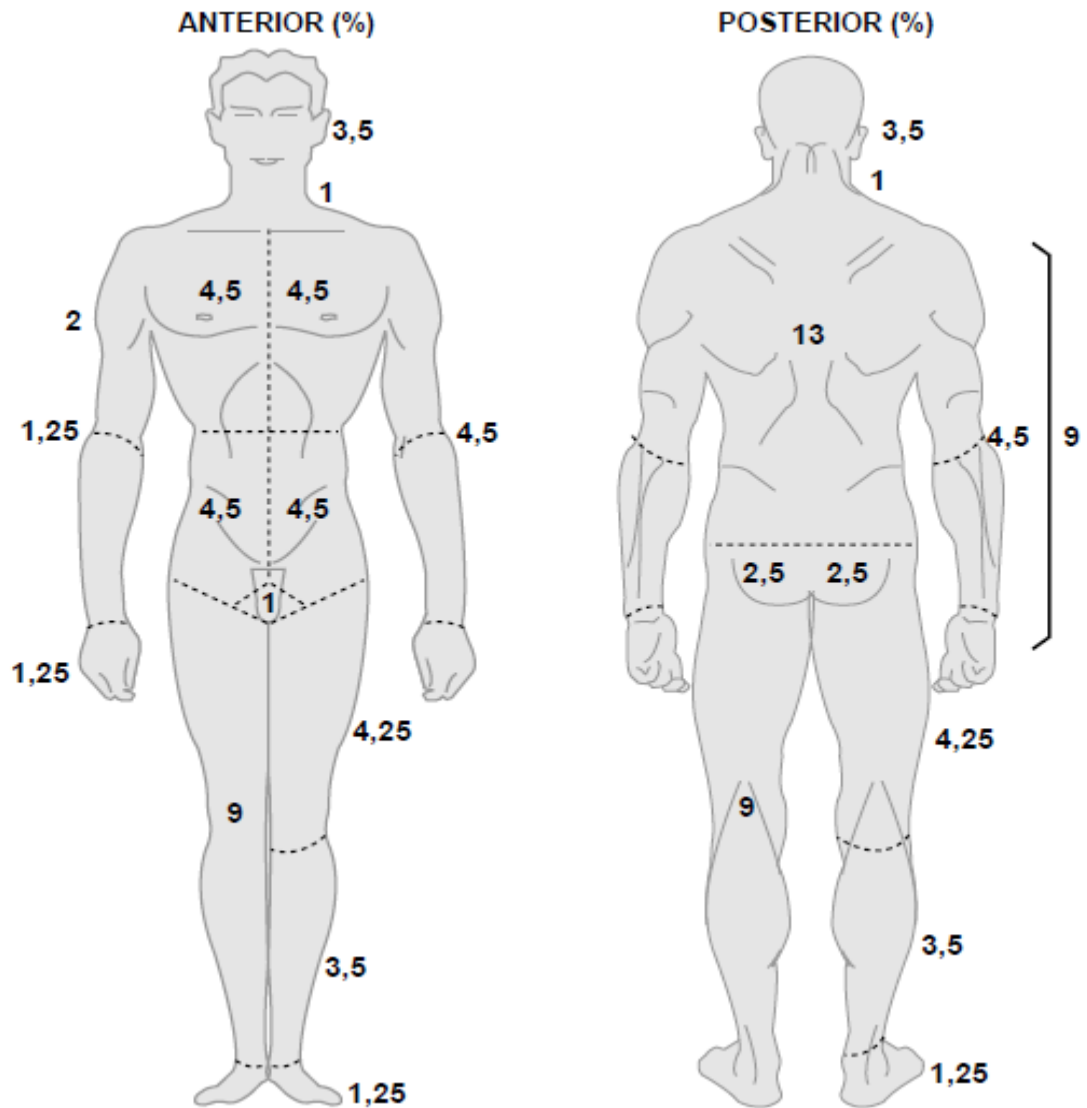
Fuentes: Indexer [Internet]. De Los Santos González CE; c1999-2005 [actualizado Ago 2005; acceso 18 Abr 2016]. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. Clasificaciones [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:

<http://www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm>

Píriz Campos R. Quemaduras. En: Píriz Campos R, Fuente Ramos M, Alconero Camarero A. Enfermería médico-quirúrgica. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2001.

Anexo 2

Regla de Tennison y Pulasky para calcular la superficie corporal quemada, "regla de los 9".



Fuente: Ramírez Rivero CE, Rivera JJ, Cabezas MC, Bautista Lorenzo L, Uribe Carvajal JA. Manejo de quemados. Santafé de Bogotá: ISS, Ascofame; 1997.

Anexo 3

Clasificación de las quemaduras según su gravedad (American Burn Association).

Características	
Leves	Quemaduras de I grado Quemaduras de II grado superficiales < 15% de extensión Quemaduras de II grado profundo y III grado < 1% extensión, dependiendo de la localización Tratadas ambulatoriamente
Moderadas	Quemaduras de II grado superficial con 15-25 % de extensión Quemaduras de II o III grado < 10% de extensión Tratadas en hospitales generales
Graves	Quemaduras de II grado superficial > 25% de extensión Quemaduras de II grado profundo Quemaduras de III grado > 10% de extensión Tratadas en unidades especializadas

Fuentes: Indexer [Internet]. De Los Santos González CE; c1999-2005 [actualizado Ago 2005; acceso 18 Abr 2016]. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. Clasificaciones [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm>

Ramírez Rivero CE, Rivera JJ, Cabezas MC, Bautista Lorenzo L, Uribe Carvajal JA. Manejo de quemados. Santafé de Bogotá: ISS, Ascofame; 1997.

Anexo 4

Características del paciente quemado grave.

Criterios diagnósticos del paciente gran quemado
1. Adulto con superficie corporal quemada > 25%
2. Niño o anciano con superficie corporal quemada > 15%
3. Quemaduras de III grado > 10% extensión
4. Quemaduras dérmico-profundas y subdérmicas
5. Todas las quemaduras eléctricas, químicas o por congelación
6. Quemaduras localizadas en áreas especiales (cara, cuello, periné, genitales, manos y pies)
7. Sospecha de inhalación de humos
8. Lesiones asociadas graves
9. Patología previa importante

Fuentes: Píriz Campos RM, Martín Espinosa NM, Postigo Mota S. Guía terapéutica en el paciente quemado crítico. Rev ROL Enferm. 2014; 37(2): 111-114.

Indexer [Internet]. De Los Santos González CE; c1999-2005 [actualizado Ago 2005; acceso 18 Abr 2016]. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. Clasificaciones [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:

<http://www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm>

Ramírez Rivero CE, Rivera JJ, Cabezas MC, Bautista Lorenzo L, Uribe Carvajal JA. Manejo de quemados. Santafé de Bogotá: ISS, Ascofame; 1997.

Anexo 5

Criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, American Psychological Association)

Criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático
1. El individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que: <ul style="list-style-type: none">• Ha presenciado, experimentado o le han explicado uno a más sucesos con muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.• Ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.
2. El suceso traumático se reexperimenta persistentemente mediante uno o más de los siguientes modos: <ul style="list-style-type: none">• Recuerdos del suceso recurrentes e intrusos que producen malestar y que constan de imágenes, pensamientos o percepciones.• Sueños recurrentes sobre el suceso que producen malestar• El individuo siente que el suceso traumático está ocurriendo.• Malestar psicológico severo al estar expuesto a estímulos que recuerdan el suceso traumático.• Respuestas fisiológicas al estar expuesto a estímulos que recuerdan el suceso traumático.
3. Rehuir constantemente estímulos relacionados con el trauma y embotamiento, apareciendo tres o más de estos síntomas: <ul style="list-style-type: none">• Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.• Esfuerzos para evitar actividades, lugares o individuos que recuerdan el trauma.• Imposibilidad para recordar algún aspecto del trauma.• Disminución del interés o la participación en actividades.• Sensación de desapego o enajenación hacia los demás.• Restricción de la vida afectiva.• Sensación de un futuro desolador.
4. Incremento persistente de la actividad, apareciendo dos o más de estos síntomas: <ul style="list-style-type: none">• Dificultad para conciliar o mantener el sueño.• Irritabilidad o ira.• Dificultad para la concentración.• Hipervigilancia.• Respuestas exageradas de sobresalto.
5. Estas alteraciones anteriormente nombradas se alargan en el tiempo más de un mes.
6. Estas alteraciones generan malestar clínico o deterioro de las esferas de actividad del individuo (social, laboral...)
*Se puede distinguir entre agudo, si los síntomas se prolongan menos de 3 meses, o crónico, si se prolongan más de 3 meses. El trastorno será de inicio demorado si han transcurrido más de 6 meses entre el suceso traumático y la aparición de los síntomas. (23,27)

Fuente: Clínica de la ansiedad [Internet]. Barcelona: [actualizado 8 Oct 2015; citado 5 Abr 2016]. Síntomas del Estrés Postraumático: Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/estres-postraumatico/sintomas-del-estres-postraumatico-criterios-diagnosticos-segun-las-clasificaciones-internacionales/>

Anexo 6

Escala de Glasgow para evaluar el nivel de consciencia.

Escala Glasgow	
<u>Respuesta de apertura ocular</u>	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
A estímulo doloroso	2
No hay respuesta	1
<u>Respuesta verbal</u>	
Orientada	5
Confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No hay respuesta	1
<u>Respuesta motora</u>	
Obedece órdenes	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Retira la zona explorada ante estímulos dolorosos	4
Flexión anormal	3
Respuesta en extensión	2
No hay movimientos	1

Fuente: Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; [actualizado 7 Oct 2014; acceso 30 Abr 2016]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

Anexo 7

Escala de Goldberg para valorar la ansiedad y depresión del paciente

- Subescala de ansiedad de la Escala Goldberg.

Subescala de ansiedad	Repuesta
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Si/No
¿Ha estado muy preocupado por algo?	Si/No
¿Se ha sentido muy irritable?	Si/No
¿Ha tenido dificultad para relajarse	Si/No
Puntuación subtotal (Número de respuestas afirmativas) (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Si/No
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	Si/No
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	Si/No
¿Ha estado preocupado por su salud?	Si/No
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Si/No
Puntuación total	

Fuente: Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; [actualizado 7 Oct 2014; acceso 30 Abr 2016]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

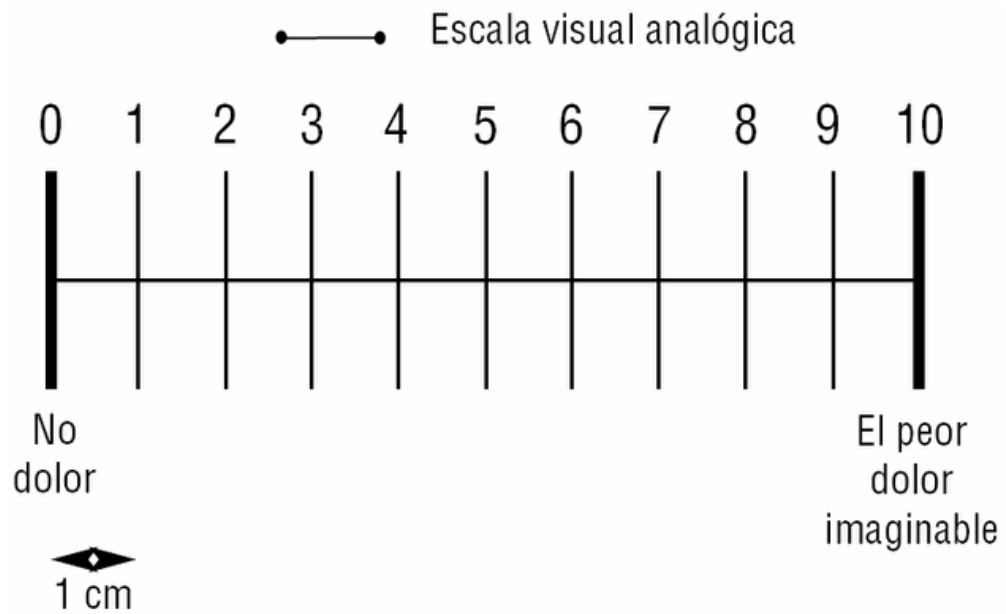
- Subescala de depresión de la Escala Goldberg

Subescala de depresión	Repuesta
¿Se ha sentido con poca energía?	Si/No
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	Si/No
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Si/No
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	Si/No
Puntuación subtotal (Número de respuestas afirmativas) (Si hay respuestas afirmativas, continuar preguntando)	
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	Si/No
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	Si/No
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	Si/No
¿Se ha sentido usted enlentecido?	Si/No
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	Si/No
Puntuación total	

Fuente: Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; [actualizado 7 Oct 2014; acceso 30 Abr 2016]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

Anexo 8

Escala visual analógica (EVA)



Fuente: Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. 2006; 30(8): 379-385.

Anexo 9

Contenido de las escalas del cuestionario de calidad de vida SF 36.

Tabla 1. Contenido de las escalas del SF-36			
Significado de las puntuaciones de 0 a 100			
Dimensión	N.º de ítems	«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005; 19(2): 135-150.