

CONCEPTOS BASICOS PARA LA ATENCION DEL PACIENTE QUEMADO

Bertha Gómez Daza*

INTRODUCCION

Con los progresos de la técnica, aparecen nuevos peligros para el hombre y ya no es solamente el fuego la causa de las quemaduras, sino otros elementos como la electricidad, las radiaciones y las sustancias químicas que tanto en el hogar como en el trabajo y aún en las actividades recreativas, están causando un alto porcentaje de víctimas de todas las edades y condiciones socioeconómicas.

Aunque en los últimos años se han hecho grandes avances en el tratamiento del paciente quemado, sigue siendo un problema de difícil solución, debido al alto costo de su tratamiento, el tiempo prolongado de su hospitalización y a la invalidez inherente a ciertas lesiones.

Ante la realidad bien conocida por todos nosotros, de que no existe en el país una unidad especializada que reúna las condiciones necesarias, con capacidad suficiente para admitir los pacientes quemados adultos y por la

*Profesor Asistente, Especialista en cuidados intensivos al paciente quemado 1982.

Departamento de Enfermería Clínica.

alta incidencia con que se presenta esta clase de accidentes, el paciente quemado debe ser admitido en cualquier servicio del hospital que cuenta con una cama disponible. Es estas circunstancias, el personal de enfermería se ve obligado a asumir su cuidado sin que haya recibido un entrenamiento previo.

La experiencia que he adquirido en el manejo de este tipo de pacientes me ha demostrado que su recuperación es el fiel reflejo de la atención de enfermería que se le haya brindado.

Todos estos hechos me han motivado a presentar a los profesionales de enfermería por medio de éste artículo, algunos conceptos de diferentes autores, especialistas en el tratamiento del paciente quemado y mis experiencias como enfermera especializada en el área, con el fin de que les sirvan de guía en el planeamiento de su trabajo y faciliten su labor frente al paciente, que por las mismas características invalidantes de las quemaduras, lo convierten en un ser completamente dependiente, que requiere ayuda constante para solucionar sus múltiples problemas.

Epidemiología de las Quemaduras

La quemadura puede definirse como la lesión producida por electricidad, agentes físicos o químicos, que al actuar sobre la piel y tejidos subyacentes producen desintegración total o parcial de los elementos celulares que tomaron contacto directo con el agente, siendo su gravedad directamente proporcional al tiempo de exposición y a la extensión de la lesión.

Son diversas las circunstancias en que se presenta este accidente; se ha visto que el primer lugar lo ocupan los *accidentes domésticos*, teniendo como agente causal los líquidos hirvientes al preparar los alimentos, el vapor de ollas a presión, la gasolina, petróleo o cocinol utilizados como combustible en las cocinas y en general todas las sustancias inflamables usadas en el hogar y que generalmente se manejan sin tener en cuenta los peligros latentes en ellos.

Como es lógico, las víctimas en este caso son las personas encargadas de preparar los alimentos, los niños que no conocen los peligros y los ancianos por la lentitud de reflejos que les impide reaccionar con agilidad.

Le siguen en orden de importancia, las quemaduras ocurridas *en el trabajo*, donde las agentes pueden ser: la electricidad, los gases, las sustancias químicas y los objetos candentes, cuyo manejo requiere entrenamiento previo y medidas de seguridad que al ser desconocidas o violadas por la empresa y el trabajador, dan lugar a este tipo de accidente.

Los medios de *transporte* son también origen de gran número de víctimas de quemaduras graves; afortunadamente son poco frecuentes, pero de consecuencias desastrosas por la magnitud de las lesiones que se producen en estas circunstancias por tratarse de un incendio en ambiente cerrado y en medio de una aglomeración de personas.

Existen otros casos como son: *el intento de suicidio* en que la persona elige el fuego para quitarse la vida; cuando no logra su objetivo, se convierte en paciente con quemaduras críticas.

Las *quemaduras criminales* proporcionadas por sujetos irresponsables que atentan contra la integridad física de las personas, con intención de castigo o venganza.

Valoración del Paciente Quemado

La gravedad de las quemaduras está relacionada directamente con la extensión y profundidad de las lesiones; por lo tanto su valoración inicial, dará las pautas para establecer el tratamiento adecuado y elaborar el plan de actividades acordes con los problemas y condiciones específicas de cada paciente.

No se deben dejar de lado otros aspectos importantes, que como los mencionados anteriormente, van a influir en la evolución y recuperación del paciente, tales como:

La localización de las lesiones en zonas como cara, con el peligro de quemaduras oculares y de vías respiratorias y posteriormente el problema de cicatrices deformantes. En manos y pies, por la dificultad de la movilización que impide al paciente valerse por sí mismo en actividades como comer y asearse; en órganos genitales y región anoperineal, en donde es difícil aislar la lesión de los focos contaminantes, además de la incomodidad para la realización de las funciones excretoras.

La edad del paciente. Las condiciones físicas y psicológicas del individuo cambian en cada una de las etapas de la evolución biológica; por lo tanto la lesión reviste mayor gravedad cuando se presenta en los dos extremos opuestos de la vida.

Las condiciones nutricionales. La quemadura por sí misma conlleva a un estado de desnutrición, principalmente por la pérdida de sustancias protéicas por las lesiones, la dificultad para la ingesta de alimentos en los primeros días después del accidente y el hipermetabolismo que como respuesta de las demandas calóricas, desarrolla el paciente quemado.

Patologías Coexistentes. La quemadura reviste especial gravedad cuando se asocia a patologías previas a la lesión, como es el caso de enfermedades renales, cardiovasculares o pulmonares, en que el paciente sería incapaz de tolerar una quemadura incluso de extensión moderada. Las quemaduras en miembros inferiores, con enfermedad oclusiva o arteriosclerosis periférica, o presencia de varices, puede llevar a complicaciones circulatorias locales graves.

Valoración de la Extensión de la Quemadura

La extensión de la quemadura se expresa generalmente en forma de porcentaje de la superficie corporal total.

Existen varios métodos para este fin; lo importante es que el utilizado sea preciso y fácil de grabar, para poder aplicarlo en cualquier momento.

Kirschbaum, propone un esquema para adultos, el cual da exactitud en su aplicación y es fácil de grabar.

Es conveniente valorar la extensión de las lesiones periódicamente para verificar su evolución y el progreso de la cicatrización, teniendo como punto de comparación, la valoración inicial.

Valoración de la Profundidad de la Lesion

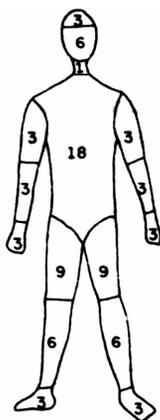
Para hacer esta valoración se tiene como base, la cantidad de tejidos destruidos por el agente causal. Tomando nuevamente el concepto de Kirschbaum y modificandolo de acuerdo a mi experiencia, se pueden clasificar en cuatro grados.

1o. Grado. Hay destrucción epidérmica superficial; se presenta rubor, ardor y ligero edema de la zona afectada; cura espontáneamente en pocos días sin dejar secuelas.

2o. Grado Superficial. Se destruye toda la epidermis; hay formación de grandes flictenas, que al romperlas dejan ver un fondo rojo. Es muy sensible y su curación se logra espontáneamente, solo en ausencia de infección.

3o. Grado Profundo. Cuando hay destrucción de la epidermis y una parte importante de la dermis; se conservan en parte, los folículos pilosos, las glándulas sebáceas y sudoríparas, se presentan también grandes flictenas; cuando se retira la piel que las cubre, se aprecia un fondo blanco con puntos rojos; hay menor dolor que en las quemaduras de 2o. grado superficial.

VALORACION DE LA EXTENSION DE LA QUEMADURA



Cabeza.....	9%	{	Cuero cabelludo	3 %
			Cara	6 %
Cuello.....	1%			
Tronco anterior.....	18%	{	Torax.....	9 %
			Abdomen.....	9 %
Tronco posterior ...	18%	{	Dorso	9 %
			Lumboglúteo...	9 %
Miembro superior	9%	{	Brazo.....	3 %
			Antebrazo.....	3 %
			Mano	3 %
Miembro inferior...	9%	{	Muslo.....	9 %
			Pierna.....	6 %
			Pie	3 %

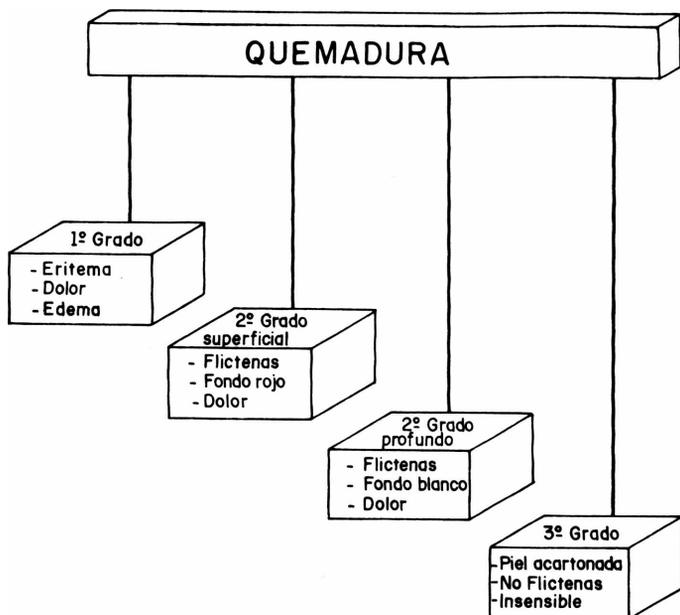
30. *Grado*. En este caso, se destruye todo el espesor de la piel; hay ausencia de flictenas, aspecto acartonado, completamente insensible, mientras está presente la escara. Su recuperación se logra solo por medio de injertos.

Es fundamental considerar que las posibilidades de cicatrización de una quemadura dependen de la lesión inicial, pero también posteriormente de las condiciones locales y generales dentro de las cuales evolucionará la lesión.

Es frecuente ver quemaduras que inicialmente son de 2o. grado, transformarse en lesiones de 3o. grado. Esta profundización secundaria se debe a defectos de vascularización de la lesión: compresión por edema, vasoconstricción debida al stress, a una hipovolemia mal corregida o a una obstrucción vascular por agregados plaquetarios. También puede ser ocasionada por una infección local o una desnutrición exagerada del paciente.

De aquí la importancia de hacer valoraciones periódicas del estado de las lesiones, con el fin de orientar el tratamiento hacia la prevención oportuna de esta complicación.

CARACTERISTICAS DE LA LESION, SEGUN LA PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA



Intervención de Enfermería en el Tratamiento General del Paciente Quemado.

Está orientado a restablecer el equilibrio ocasionado por el trauma térmico. Debe ser oportuno y preciso, pues cualquier descuido puede llevar a complicaciones fatales que se pueden evitar con un tratamiento bien orientado.

Por sus características tan especiales, el paciente quemado, necesita para su tratamiento de un equipo profesional, dentro del cual, tiene papel muy importante, el personal de enfermería, que por permanecer las 24 horas del día con el paciente, lleva la mayor responsabilidad en la ejecución del tratamiento; por lo tanto, es indispensable que tenga entrenamiento en el área, responsabilidad, capacidad de observación y seguridad en la toma de decisiones en situaciones de emergencia, siempre dentro de una unidad de criterios.

Para proporcionar la atención adecuada a cada situación, se establecen tres tipos de cuidado: Intensivo, Intermedio y Ambulatorio; cada uno de ellos, conlleva actividades específicas encaminadas a solucionar los problemas que presenta, de acuerdo a la gravedad de las lesiones y a las condiciones específicas del paciente.

Cuidado Intensivo

El paciente con quemaduras que abarcan más del 40% de superficie corporal en 2º. y 3º. grado, debe recibir cuidado intensivo; como su nombre lo indica, implica la realización más frecuente de actividades necesarias para prevenir complicaciones y lograr dentro de lo posible, una evolución satisfactoria.

Cuando el paciente que llega al hospital, acaba de sufrir el accidente, necesita atención urgente. Las actividades inmediatas que debe realizar el personal de enfermería, deben seguir el siguiente orden:

1. Retirar todas las ropas, preferiblemente cortándolas, para evitar roces fuertes sobre las heridas.
2. Colocar al paciente sobre una sábana estéril, en un cuarto tranquilo a donde no tengan acceso otras personas curiosas, que con sus preguntas y opiniones, aumentan la angustia del paciente.
3. Proporcionarle temperatura adecuada, en lo posible por medio de calefacción.

4. Obtener información sobre la etiología de la quemadura, lo cual orientará el tipo de tratamiento; si por ejemplo, se trata de una quemadura por sustancias químicas, se debe hacer lavado con abundante agua y neutralización de la sustancia, lo antes posible.
5. Calmar el dolor y la angustia, es sin duda alguna actividad urgente; los estímulos dolorosos persistentes, pueden desencadenar el shock neurogénico.
6. Realizar un interrogatorio al paciente o a un familiar, con el fin de obtener datos sobre las condiciones de salud anteriores al accidente y la presencia de enfermedades como Diabetes, Problema Cardio-pulmonares, Renales o Infecciones, que sumados a las lesiones, aumentan la gravedad del paciente.
7. Valorar los signos vitales, especialmente tensión arterial y pulso, los cuales reflejan el estado del sistema cardiovascular; en presencia de grandes quemaduras, es posible que haya notorias alteraciones, que exigen acción inmediata. Esta valoración debe ser realizada cada 15 minutos, hasta cuando se hayan estabilizado y se encuentre la T.A. más o menos dentro de límites normales; luego se controlará cada hora, llevando una gráfica con los datos obtenidos, en la que puedan ser fácilmente apreciables las variaciones que se presenten.
8. Establecer una vía venosa que permita el paso de grandes cantidades de líquidos y que sirva a la vez para hacer la valoración periódica de la presión venosa central; este es un dato muy importante que guía la administración de líquidos, de acuerdo a las necesidades del paciente.

La canalización de la vena se hace de preferencia por vía yugular, femoral o subclavia, procurando en lo posible, que la punción no se haga sobre una zona lesionada. La enfermera preparará el sitio de punción, con un lavado cuidadoso del área, rasurando si es el caso; preparará todos los elementos necesarios y colaborará con el médico para que el procedimiento se realice, con la mayor precisión, el menor sufrimiento para el paciente y dentro de las más estrictas condiciones de asepsia.

9. Colocar una sonda vesical. Este procedimiento está indicado en todo paciente que requiere hidratación por largo tiempo, lo cual nos permite valorar la función renal, y el estado de hidratación del paciente, con el fin de regular la administración de los líquidos. No sobra recordar que en éste como en todos los procedimientos, es necesario guardar las medidas de asepsia, puesto que es otra puerta

más que se abre a las bacterias en un paciente con defensas orgánicas bajas, como lo es el paciente quemado.

10. Establecer el control de líquidos administrados y eliminados. Una vez instalada la hidratación y colocada la sonda vesical, se establece un control estricto de los líquidos administrados y eliminados y se mide también la densidad urinaria; estos controles se deben efectuar cuidadosamente cada hora, anotando los resultados obtenidos. Se procurará conseguir una eliminación horaria entre 30 y 50 milímetros de orina. Cuando la eliminación urinaria por hora es menor de 30 ml, es urgente establecer si la cantidad de líquidos administrados es insuficiente o si se trata de daño renal.

Quando la oliguria se acompaña de aumento en la densidad de la orina, en cifras superiores a 1.020, sugiere déficit de líquidos; mientras que la oliguria con disminución de la densidad urinaria, indica falla renal.

Otro factor que se debe tener en cuenta es la relación de la presión arterial con la diuresis.

La disminución de la presión arterial, con reducción de diuresis indica la necesidad de administrar coloides; si la tensión arterial es normal y hay disminución de la cantidad de orina, el organismo necesita más agua y electrolitos.

En quemaduras muy profundas y extensas, generalmente hay eliminación de Hemoglobina y Mioglobina por la orina, produciéndose orinas francamente hemáticas; en estas circunstancias, se debe forzar la diuresis, con el fin de evitar el depósito de estas sustancias en los tubulos renales.

Las alteraciones de líquidos y electrolitos, son el problema más grave que presenta el paciente quemado en los primeros días después del accidente y las consecuencias de no reponerlas convenientemente, en calidad y cantidad, son tan graves que el paciente minuto a minuto va llegando al estado crítico de shock hipovolémico, que de acuerdo a su intensidad puede ser irreversible.

Si bien es cierto que la indicación del tratamiento es tarea exclusiva del médico, es el personal de enfermería el que lleva la gran responsabilidad de su aplicación; por lo tanto, es importante que con base en sus conocimientos y en una cuidadosa y constante observación, distribuya los líquidos ordenados y la velocidad del flujo de acuerdo con las necesidades del paciente.

RELACION ENTRE VOLUMEN Y DENSIDAD URINARIA



Para la hidratación del paciente quemado, se han propuesto diferentes métodos, cuyos contenidos están orientados a lograr el rápido equilibrio hidroelectrolítico. La mejor fórmula será aquella que se ajuste a las posibilidades de nuestro medio y a las necesidades de cada paciente.

11. Realizar Baño Especial. Después de ejecutar los procedimientos iniciales ya enunciados y una vez que se haya logrado sedación y analgesia, así como la estabilización de la tensión arterial, se conduce al paciente al lugar destinado para realizar un baño general, que tiene como fin obtener una superficie muy limpia para iniciar el tratamiento de las lesiones, suprimiendo los focos que pudieran contaminarla.

Lo ideal sería sumergirlo en una tina con agua a temperatura adecuada de acuerdo a la tolerancia de cada paciente, cuando esto no es posible, se hará con el paciente en una camilla, o sentado, cuando puede hacerlo. Se utiliza jabón quirúrgico y una esponja o un apósito para no traumatizar las zonas lesionadas.

12. Rasurar las áreas cubiertas de pelo, que hayan sido lesionadas o que tengan proximidad con las heridas. Este procedimiento se realiza durante el baño.
13. Hacer un aseo cuidadoso de uñas tanto de pies, como de manos, para lo cual se utiliza un cepillo, siempre que no haya heridas; además debe hacerse un aseo cuidadoso de órganos genitales; los gérmenes que normalmente habitan en estas áreas, no ocasionan problemas; pero una vez que se ponen en contacto con las heridas, son la fuente principal de la infección del paciente quemado.
14. Controlar el peso. Es un procedimiento que no se debe omitir y se realiza generalmente después del baño, con el paciente desnudo. Es un dato indispensable, inicialmente para hacer el cálculo de líquidos parenterales y posteriormente, para hacer la valoración nutricional.
15. Debridar la piel desprendida y la que cubre las flictenas. Una vez lograda una perfecta limpieza del paciente por medio del baño, se coloca el paciente sobre una sábana o campos estériles; el personal debe colocarse blusa estéril, gorro, tapabocas y guantes; con la ayuda de instrumental estéril y observando las precauciones de asepsia, se retira toda la piel desprendida y la que cubre las flictenas. Se limpia la herida con la ayuda de gasitas empapadas en suero fisiológico.
16. Graficar las lesiones. Después de estos procedimientos, se puede apreciar fácilmente la verdadera extensión y las características que indican la profundidad de las heridas; por lo tanto es fácil dibujarlas sobre un esquema y así poder valorar la extensión total; además, la gráfica permite tener una idea precisa de las lesiones, sin necesidad de molestar al paciente cada vez que se necesite este dato.
17. Hacer la curación por el método ordenado. Generalmente, se utiliza el método cerrado, excepto en cara y genitales; tiene como ventajas:

Disminuir el dolor

Permitir una fácil movilización

Aislar la quemadura de contaminación externa

Acelerar el desprendimiento de la escara

Disminuir las pérdidas calóricas por radiación y evaporación.

Tiene también algunos inconvenientes:

Favorece el desarrollo de bacterias, ya que se proporciona un medio húmedo y caliente.

No permite vigilar constantemente la herida, para identificar en ella signos de infección.

Origina pérdidas calóricas por conducción ya que la cara interna de la curación se mantiene constantemente húmeda.

Después de hacer la limpieza de las heridas, como se indicó anteriormente, se aplica sobre ellas una sustancia tópica que puede ser sulfadiazina de zinc o de plata, o se cubren con gasa, ya sea furacinada o vaselinada, para evitar que los vendajes se adhieran a la herida; se cubre con apósitos grandes, los que se sujetan luego con vendajes de gasa. Es importante aclarar que en las quemaduras recientes, nunca se deben utilizar vendajes elásticos, por el aumento progresivo del edema en esta etapa.

La elección del método dependerá de la profundidad de la quemadura, la edad del paciente y del grado de infección de las lesiones.

18. Proporcionar posición cómoda y funcional. Terminados todos los procedimientos, se coloca al paciente en su cama, la cual debe haber sido arreglada previamente con sábanas estériles; se elevarán los miembros inferiores, cuando haya quemaduras en ellos.
19. Procurar una temperatura adecuada. Los pacientes con quemaduras extensas presentan escalofrío, que se debe en gran parte a la pérdida de piel y con ella su función termorreguladora; por esta razón es indispensable colocar calefacción, de manera que el ambiente sea adecuado a las necesidades del paciente.
20. Limitar las Visitas. El paciente quemado, como todo paciente grave, necesita reposo y protección porque además está expuesto a un mayor riesgo de infección. Por esto es necesario disminuir la frecuencia de las visitas y el número de visitantes. En estas circunstancias, es absolutamente necesaria la comunicación frecuente del personal de enfermería con la familia del paciente, con el fin de que no se sientan completamente aislados de la situación que vive su familiar.
21. Hacer cambios de posición. El paciente quemado tiende a permanecer en una sola posición por el dolor que experimenta cuando se mueve, por lo tanto es importante que el personal de enfermería le ayude a cambiar frecuentemente de posición.

Cuidado Intermedio

Es la atención que se da al paciente, una vez que ha superado la etapa aguda o cuando las lesiones alcanzan entre el 20 y 40% del área corporal, en 2o. y 3o grados.

Las actividades iniciales son las mismas que en el caso anterior: analgesia, baño, valoración de lesiones y curación.

Generalmente este paciente no requiere hidratación parenteral; la reposición de las pérdidas de líquidos se hace por vía oral, administrando en forma fraccionada abundantes líquidos.

Se ha logrado comprobar que cuando el baño y la curación se realizan diariamente, la cicatrización es más rápida; por esto, se recomienda que éstos procedimientos se realicen diariamente, por lo menos durante las dos primeras semanas.

El control de signos vitales se hace 2 veces al día; sin pasar por alto los signos que indiquen infección o deshidratación. Las observaciones oportunas, orientarán el tratamiento necesario para prevenir complicaciones graves.

Aunque no se lleve el control estricto de líquidos, es indispensable que diariamente se haga una observación sobre la cantidad de líquidos ingeridos y eliminados.

El paciente debe recibir una dieta hipercalórica e hiperprotéica y fraccionada, que compense sus necesidades hipermetabólicas. Con frecuencia es necesario la administración de suplementos dietéticos.

La deambulación precoz y la participación en actividades recreativas, así como la comunicación con pacientes en etapas más avanzadas de evolución, son actividades que deben fomentar el personal de enfermería; esto hará que el paciente valore su progreso y participe activamente en su tratamiento.

Posiblemente algunas lesiones requieren la colocación de injertos. Para este procedimiento es necesario que el paciente esté en las mejores condiciones posibles, tanto físicas como psicológicas. El grado de aceptación del paciente hacia el tratamiento de injertos, es fundamental para su completa recuperación.

Las precauciones de asépsia son indispensables en todas las actividades que se realicen con el paciente, pues aunque las heridas no son tan extensas,

sus defensas orgánicas son muy bajas y por lo tanto está expuesto a infectarse con facilidad.

Cuidado Ambulatorio

Pueden ser tratados ambulatoriamente, los pacientes con quemaduras que afectan menos del 15% de la superficie corporal, cuyas lesiones no justifican la permanencia en el hospital y que pueden ser atendidos por un miembro de la familia, bajo control periódico del personal de salud.

El tratamiento inicial se hace en el hospital. Después se entrevista a la persona que puede encargarse de su cuidado, se le dan las instrucciones necesarias sobre cuidados especiales, administración de medicamentos y dieta. Además las indicaciones precisas, sobre citas para control médico y curaciones en el hospital.

Sería conveniente que la enfermera hiciera una visita al hogar para planear, la atención del paciente, junto con la persona encargada de su cuidado y con base en las posibilidades locativas y económicas de la familia.

Intervención de Enfermería en el Tratamiento de las Heridas

Si en el tratamiento general del paciente quemado es tan importante el papel de enfermería, no lo es menos en el tratamiento local. Sus actividades están orientadas a lograr una modificación favorable de las alteraciones fisiopatológicas, consecutivas a la destrucción de tejidos por el trauma térmico.

1. *Proteger la Herida de la Contaminación Bacteriana.* Toda herida representa una área de tejidos desvitalizados, susceptibles de ser invadida por agentes bacterianos, que al proliferar en ella, la convierten en foco infeccioso. Como consecuencia, sobreviene necrosis tisular más amplia y reacción inflamatoria más intensa, ocasionando un defecto tisular de mayor amplitud el cual, necesita más tiempo para curar, dando como resultado final una cicatrización defectuosa. De aquí la importancia de la técnica aséptica y de la protección del paciente con el uso de medidas específicas durante la realización del procedimiento y la eliminación de restos extraños y tejido desvitalizado, mediante el baño y la debridación.

2. *Inmovilizar y aislar la zona lesionada.* Para impedir mayor daño tisular, por movimientos sobre la superficie de la herida. La inmovilización no solo es importante en las estructuras óseas sino que tienen la misma importancia en tejidos blandos, favoreciendo la proliferación de tejido de granulación y en consecuencia, la curación más rápida.

3. *Limitar la manipulación de las heridas.* La zona lesionada crea una barrera protectora de tejido fibroblástico y de granulación, que bloquea la entrada de agentes contaminados.

La demasiada manipulación o el uso frecuente de instrumentos, rompe esta barrera permitiendo que se disemine la infección a tejidos subyacentes y en ocasiones hasta el aparato circulatorio, causando una sepsis generalizada.

4. *Retirar las Secreciones* con el fin de eliminar todos los restos celulares necróticos que de no ser retirados, requieren del proceso de digestión por licuación y resorción , lo que demora más el proceso de cicatrización.

5. *Mantener el riego sanguíneo.* El uso inadecuado de apósitos quirúrgicos, colocados circularmente, enyesados compresivos y férulas mal adaptadas, disminuyen gravemente el riego sanguíneo en la zona lesionada; como consecuencia, habrá un menor aporte de oxígeno y de nutrientes a los tejidos lesionados, lo cual aumenta la necrosis.

6. *Elevación del miembro lesionado.* Facilita la circulación de retorno y el drenaje del edema.

7. *Mantener la temperatura adecuada.* El calor moderado cumple la doble función de producir vasodilatación y aumentar la actividad metabólica, con lo que se apresura la eliminación de productos de desecho, logrando la proliferación de los elementos celulares, indispensables en la cicatrización.

El enfriamiento dificulta el proceso, retardando estas reacciones y el calor excesivo puede agravar el daño, aumentando las necesidades metabólicas del foco lesionado y las células intactas adyacentes.

Actualmente, hay muchas tendencias respecto al tratamiento lesional del paciente quemado. El mejor método será aquel que favorezca la comodidad del paciente, que reúna todas las condiciones necesarias para lograr la pronta recuperación y el que se adapte mejor a la situación específica de cada paciente.

Implicaciones Psicológicas de las Quemaduras

Es normal que después de sufrir un traumatismo de tal magnitud, como es una quemadura, haya reacciones psicológicas como labilidad emocional, problemas de insomnio, desorientación, ansiedad, miedo y algunas veces sentimientos de culpa. La respuesta emocional al dolor la expresa el paciente con llanto, gesticulaciones, gritos, agresividad contra quienes lo atienden, calificándolos de crueles e inhumanos.

Puede haber también manifestaciones regresivas y de dependencia que los impulsan a demandar constantemente ayuda para actividades que fácilmente son capaces de realizar.

Es difícil entender estas manifestaciones y en ocasiones se responde con agresividad a la agresividad del paciente, interrumpiendo así la comunicación como medio de dar solución a estos problemas.

A pesar de las dificultades que se presenten en este aspecto, hay que tener presente que la atención de los problemas psicológicos es tan importante como el cuidado físico y cualquier demora en su solución puede conducir a complicaciones mayores, quizá irremediables, que no solamente alteran el aspecto psicológico, sino que retardan el proceso fisiológico de la recuperación.

Bien es cierto que las actividades propias del tratamiento, general y lesional, absorben gran parte del tiempo del personal de enfermería. Sin embargo debe tenerse en cuenta que la comunicación con el paciente y su familia y las actividades recreativas son parte fundamental del tratamiento integral del quemado.

RESUMEN

Al igual que la extensión y profundidad de una quemadura se relacionan de manera directa con la gravedad de la misma, la recuperación del paciente y el éxito de su tratamiento están dados por la calidad de la atención de enfermería que reciba.

Por ser la enfermera quien dirige la atención permanente y continuada debe demostrar el máximo de responsabilidad, habilidad y conocimiento en la valoración y manejo del paciente quemado, ya sea en fase intensiva, intermedia o ambulatoria.

Tanto la valoración del sistema cardiovascular como la del equilibrio hidroelectrolítico y nutricional, deben centrar la atención de la enfermera en cada una de las etapas del cuidado, ya que desequilibrios de estas áreas pueden costar la vida al paciente y es el profesional de enfermería quien con sus conocimientos, capacidad crítica de decisión y cuidadosa observación, planea una excelente atención de enfermería que prevenga complicaciones y logre la recuperación del paciente quemado en el menor tiempo posible.

BIBLIOGRAFIA

- Alfred. M. "Et All". *Compendio de psiquiatria*. Barcelona. Salvat. 1979
- Ars, C. y "Et All". *Tratado de Quemaduras*. México. Interamericana. 1969.
- Arthur C. Guyton. *Tratado de Fisiología Médica*. Interamericana, S.A. 5a. ED. 1977
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Salvat Editores, 11a Ed. Barcelona. 1978.
- Francone, Jacob. *Anatomía y Fisiología Humanas*. Interamericana S.A. 3a. Ed. México 1978.
- G.T. Tortova. *Principios de Anatomía y Fisiología*. Karla S.A. 1975.
- Gardner y Osburn. *Anatomía Humana*. Interamericana S.A. 1971.
- Howard. F. Conn. *Terapéutica*. 1978. Salvat Editores 1979.
- Krischbaum, Simón. *Tratamiento Integral de las Quemaduras*. 4a Ed. Salvat Editores S.A. Barcelona 1968.
- Lawin, Peter. *Cuidados Intensivos*. Salvat Editores, Barcelona. 1975.
- Mason, E.E. *Tratamiento Hidroelectrolítico y Nutrición en cirugía*. Salvat, Bogotá, 1978.
- Patiño José Félix. *Metabolismo, Nutrición y Shock en el paciente quirúrgico* Bogotá, 1978.
- Patiño José Félix. *Guía para el tratamiento de las quemaduras*. Bogotá, Septiembre de 1978.
- Rieu, M, Wassermann, D. y Schotterer, M. *De Garde aux Brulés*. Centre de Brules Hospital Cochin. Paris 1979.
- R. Passmore J.S. Robson. *Tratado de la enseñanza integrada de la Medicina*. Editorial Científico Médica. Barcelona 1975. Tomos I, II, III.
- Sastoque M, Cristobal y Colaboradores. *Quemaduras en niños*. Editado por Hoechst Colombiana S.A. 1979.
- Stanley, Mikal. *Homeostasis en el Hombre*, Editorial Ateneo, Buenos aires. 1975.
- Revista Cossier. *La Brulure*. por J. Marich y Colas. Cah, Med. Paris 1979.

Robins, S. *Patología Básica*. México: Interamericana.

Sabiston, D. *Tratado de Patología Quirúrgica*. México: Interamericana. 1978.

La Facultad de Enfermería

Informa que tiene abierta la venta de libros del programa de textos de la Organización Panamericana de la Salud, para profesoras y Estudiantes de la Facultad. Informes Oficina NO. 502