



PRESENTACIÓN DE CASO

Atención de enfermería en gran quemado: reporte de caso y revisión de la literatura

Nursing care in severe burn injury: case report and literature review

Atenção de enfermagem em grandes queimados: relato de caso e revisão da literatura

Viviana Gabriela Avecillas-Morejón¹✉  , Andrea Valeria Coyago-Pulla¹  , Verónica Daniela Yépez-Amores¹ ¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Puyo, Ecuador.**Recibido:** 27 de noviembre de 2025**Aceptado:** 28 de noviembre de 2025**Publicado:** 07 de diciembre de 2025**Citar como:** Avecillas-Morejón VG, Coyago-Pulla AV, Yépez-Amores VD. Atención de enfermería en gran quemado: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Ciencias Médicas [Internet], 2025 [citado: fecha de acceso]; 29(S1): e6951, Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6951>**RESUMEN****Introducción:** las quemaduras extensas constituyen emergencias médicas complejas que comprometen múltiples sistemas fisiológicos.**Objetivo:** describir un caso y la literatura asociada a la sistemática del proceso de enfermería en una paciente con quemaduras extensas y múltiples complicaciones asociadas.**Presentación del caso:** mujer de 27 años, enfermera en servicio rural, sufrió trauma por quemadura tras accidente aéreo con explosión subsecuente. Ingresó con quemaduras de segundo y tercer grado en 90 % de superficie corporal total, compromiso de vía aérea, shock hipovolémico y alteraciones metabólicas severas. Requirió intubación nasotraqueal de emergencia, ventilación mecánica invasiva, reanimación hídrica agresiva y manejo multidisciplinario intensivo. Se aplicó proceso de atención de enfermería utilizando taxonomía NANDA-NOC-NIC, priorizando cuatro dominios críticos: Eliminación/Intercambio (función respiratoria), Confort (control del dolor), Seguridad/Protección (integridad cutánea) y Nutrición (equilibrio hidroelectrolítico).**Conclusiones:** la implementación sistemática del proceso de enfermería mediante taxonomías estandarizadas permite establecer prioridades asistenciales claras en el paciente gran quemado. El manejo integral debe enfocarse secuencialmente en: asegurar permeabilidad de vía aérea con ventilación mecánica protectora, controlar dolor mediante escalas validadas y analgesia multimodal, prevenir infecciones a través de técnicas asépticas rigurosas y aislamiento preventivo, y restablecer equilibrio hidroelectrolítico mediante reanimación calculada. Esta aproximación estructurada optimiza resultados clínicos en situaciones de alta complejidad.**Palabras clave:** Enfermería de Cuidados Críticos; Proceso de Enfermería; Quemaduras; Terminología Normalizada de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Extensive burns constitute complex medical emergencies that compromise multiple physiological systems.

Objective: To describe a case and the associated literature regarding the systematic application of the nursing process in a patient with extensive burns and multiple associated complications.

Case presentation: A 27-year-old woman, a nurse working in rural service, sustained burn trauma following an air accident with subsequent explosion. She was admitted with second- and third-degree burns covering 90 % of total body surface area, airway involvement, hypovolemic shock, and severe metabolic disturbances. Emergency nasotracheal intubation, invasive mechanical ventilation, aggressive fluid resuscitation, and intensive multidisciplinary management were required. The nursing care process was applied using NANDA-NOC-NIC taxonomy, prioritizing four critical domains: Elimination/Exchange (respiratory function), Comfort (pain control), Safety/Protection (skin integrity), and Nutrition (fluid-electrolyte balance).

Conclusions: The systematic implementation of the nursing process through standardized taxonomies allows the establishment of clear care priorities in the severely burned patient. Comprehensive management should sequentially focus on: ensuring airway patency with protective mechanical ventilation, controlling pain through validated scales and multimodal analgesia, preventing infections through rigorous aseptic techniques and preventive isolation, and restoring fluid-electrolyte balance through calculated resuscitation. This structured approach optimizes clinical outcomes in highly complex situations.

Keywords: Critical Care Nursing; Nursing Process; Burns; Standardized Nursing Terminology.

RESUMO

Introdução: As queimaduras extensas constituem emergências médicas complexas que comprometem múltiplos sistemas fisiológicos.

Objetivo: Descrever um caso e a literatura associada à sistemática do processo de enfermagem em uma paciente com queimaduras extensas e múltiplas complicações associadas.

Apresentação do caso: Mulher de 27 anos, enfermeira em serviço rural, sofreu trauma por queimadura após acidente aéreo com explosão subsequente. Foi admitida com queimaduras de segundo e terceiro graus em 90 % da superfície corporal total, comprometimento das vias aéreas, choque hipovolêmico e alterações metabólicas graves. Requereu intubação nasotraqueal de emergência, ventilação mecânica invasiva, ressuscitação hídrica agressiva e manejo multidisciplinar intensivo. Aplicou-se o processo de atenção de enfermagem utilizando a taxonomia NANDA-NOC-NIC, priorizando quatro domínios críticos: Eliminação/Troca (função respiratória), Conforto (controle da dor), Segurança/Proteção (integridade cutânea) e Nutrição (equilíbrio hidroeletrolítico).

Conclusões: A implementação sistemática do processo de enfermagem por meio de taxonomias padronizadas permite estabelecer prioridades assistenciais claras no paciente grande queimado. O manejo integral deve concentrar-se sequencialmente em: assegurar a permeabilidade das vias aéreas com ventilação mecânica protetora, controlar a dor mediante escalas validadas e analgesia multimodal, prevenir infecções através de técnicas assépticas rigorosas e isolamento preventivo, e restabelecer o equilíbrio hidroelectrolítico mediante ressuscitação calculada. Essa abordagem estruturada otimiza os resultados clínicos em situações de alta complexidade.

Palabras-chave: Enfermagem de Cuidados Críticos; Processo de Enfermagem; Queimaduras; Terminología Padronizada en Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La piel constituye el órgano más extenso del cuerpo humano y desempeña funciones vitales en la regulación térmica, defensa inmunológica y mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico. En condiciones fisiológicas normales, las pérdidas insensibles a través de la piel alcanzan aproximadamente 400 mililitros diarios. Sin embargo, cuando ocurren lesiones por quemadura, estas pérdidas pueden incrementarse dramáticamente hasta 100 mililitros por hora, desencadenando una cascada de alteraciones fisiopatológicas que comprometen la supervivencia del paciente.⁽¹⁾

Las quemaduras representan un problema de salud pública de magnitud considerable a nivel mundial. La evaluación inicial del paciente quemado en servicios de emergencia debe fundamentarse en los principios establecidos para el manejo del trauma, priorizando la estabilización de funciones vitales y la valoración sistemática de lesiones. La extensión del área corporal afectada, medida mediante reglas validadas como la de Wallace o Lund-Browder, junto con la profundidad de las lesiones, constituyen los principales determinantes pronósticos, influyendo directamente en la funcionalidad tisular, el resultado estético y la morbilidad global.⁽²⁾

Las quemaduras extensas generan respuestas sistémicas complejas que involucran múltiples órganos y sistemas. Entre las complicaciones más relevantes destaca la obstrucción de la vía aérea superior, consecuencia del edema progresivo de estructuras faringolaringeas. Este edema, que típicamente alcanza su máxima expresión entre las 24 y 96 horas posteriores al traumatismo, eleva sustancialmente la morbilidad y frecuentemente requiere intervenciones precoces para asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Las quemaduras que comprometen la cavidad oral pueden ocasionar obstrucciones significativas incluso en ausencia de inhalación de humos.⁽³⁾

La clasificación de las quemaduras según su profundidad comprende cuatro grados con características distintivas. Las quemaduras de primer grado afectan exclusivamente la capa epidérmica, manifestándose con sequedad cutánea, eritema y sensación dolorosa, siendo el prototipo la quemadura solar. Las de segundo grado comprometen epidermis y dermis, caracterizándose por la formación de flictenas y mayor intensidad del dolor. Las quemaduras de tercer grado alcanzan la hipodermis, produciendo insensibilidad local debido a la destrucción de terminaciones nerviosas y evidenciando necrosis tisular. Finalmente, las de cuarto grado destruyen estructuras profundas incluyendo músculo esquelético, tendones y hueso, requiriendo invariablemente intervención quirúrgica reconstructiva.^(4,5)

Según datos epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud, las quemaduras ocasionan aproximadamente 265,000 defunciones anuales, concentrándose predominantemente en países con recursos económicos limitados, particularmente en las regiones africana y del sudeste asiático. Más del 95 % de los casos y la mayoría de las muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos, con tasas especialmente elevadas en regiones del sudeste asiático y el Mediterráneo oriental.⁽⁶⁾

Más allá de su letalidad, las quemaduras no mortales generan morbilidad sustancial, incluyendo hospitalizaciones prolongadas, desfiguración permanente y diversos grados de discapacidad. Estas secuelas frecuentemente se asocian con estigmatización social y rechazo comunitario, afectando significativamente la calidad de vida de los sobrevivientes. Las lesiones por quemaduras graves, definidas como aquellas con índice de superficie corporal quemada superior al 20 %, representan aproximadamente 8 % de las admisiones en centros especializados de países desarrollados como Australia y Nueva Zelanda. Las tasas de mortalidad hospitalaria en estos casos oscilan entre 27 % y 33 %, alcanzando cifras de 54 % cuando las lesiones superan el 40 % de superficie corporal.⁽⁷⁾

En el contexto latinoamericano, Chile registra una de las mayores tasas de ocurrencia de la región, con más de 6 000 hospitalizaciones anuales por quemaduras, con 569 fallecimientos y una mortalidad de 4,5 por cada 100 000 habitantes. Por su parte, en Ecuador, las quemaduras representan una causa importante de morbimortalidad, aunque persisten limitaciones en la disponibilidad de datos nacionales; el estudio del Hospital Baca Ortiz de Quito, considerado un referente, reportó 343 pacientes pediátricos quemados, 180 hospitalizados, con predominio de lesiones por líquidos calientes y, en menor proporción, por electricidad.^(8,9)

La atención de enfermería al paciente gran quemado demanda conocimientos especializados y aplicación de metodologías estandarizadas. Diversas instituciones han implementado modelos de cuidado basados en teorías de enfermería reconocidas, como la propuesta por Virginia Henderson de las 14 Necesidades Básicas, que permite estructurar una valoración integral y personalizada. La utilización de taxonomías estandarizadas NANDA, NOC y NIC facilita la identificación sistemática de diagnósticos, el establecimiento de objetivos medibles y la planificación de intervenciones basadas en evidencia.⁽¹⁰⁾

Teniendo en cuenta lo enunciado, se desarrolla la presente investigación, la cual tuvo por objetivo describir un caso y la literatura asociada a la sistemática del proceso de enfermería en una paciente con quemaduras extensas y múltiples complicaciones asociadas.

REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años, profesional de enfermería, residente de la provincia de Pastaza, Ecuador. Se encontraba cumpliendo año de servicio rural en comunidad de difícil acceso geográfico, requiriendo transporte aéreo para movilización. Sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia clínica. El evento traumático ocurrió durante traslado laboral en avioneta, la cual experimentó falla mecánica seguida de caída y explosión subsecuente. La paciente fue asistida inicialmente por personas particulares en el lugar del accidente y posteriormente trasladada por personal del sistema integrado de seguridad ECU 911.

Valoración inicial en servicio de emergencia

Al ingreso hospitalario, la paciente se encontraba consciente, orientada en persona, tiempo y espacio, con puntaje de Glasgow de 15/15. Manifestaba dolor intenso cuantificado en 10/10 mediante Escala Visual Análoga, presentaba lenguaje confuso y agitación psicomotriz. Los signos vitales iniciales evidenciaban hipotermia severa (temperatura 34°C), taquicardia (frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto), taquipnea (frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto) e hipotensión arterial (91/40 mmHg). La saturación de oxígeno era de 92 % respirando aire ambiente.

El examen físico reveló deshidratación severa, piel carbonizada con quemaduras de segundo y tercer grado comprometiendo 90 % de la superficie corporal total. Se evidenció eritema generalizado, presencia de flictenas en rostro, tórax, abdomen, región lumbar y extremidades. La autonomía respiratoria se encontraba conservada inicialmente. El tórax presentaba simetría y expansibilidad conservadas. El abdomen era blando, depresible, doloroso a la palpación profunda. Las extremidades superiores e inferiores mostraban simetría con presencia de flictenas.

Valoración y decisiones en área crítica

Tras valoración por médico tratante en área crítica, se confirmó condición de extrema gravedad con quemaduras de segundo y tercer grado afectando 90 % de superficie corporal total. Se identificó indicación urgente de aseguramiento definitivo de vía aérea mediante intubación orotraqueal o nasotraqueal. Se estableció comunicación telefónica con familiares, informando pronóstico reservado y solicitando autorización para procedimientos invasivos, la cual fue otorgada.

Se administró sedoanalgesia preparatoria para intubación en secuencia rápida. Durante laringoscopia directa se evidenció compromiso completo de vía aérea con quemadura de toda la mucosa faringolaríngea y edema significativo. Ante imposibilidad técnica de intubación orotraqueal, se optó por intubación nasotraqueal exitosa. Posteriormente se programó ventilación mecánica invasiva en modalidad controlada por volumen, con parámetros: volumen corriente 420 ml, frecuencia respiratoria 15 por minuto, presión máxima 30 cmH₂O, fracción inspirada de oxígeno 60 %, trigger 3, relación inspiración:espiración 1:2. Con estos parámetros se logró saturación de oxígeno entre 96-98 %.

Manejo inicial y estabilización

Posterior al aseguramiento de vía aérea, se inició soporte vasopresor y sedoanalgesia continua. La paciente permaneció en área crítica bajo monitorización continua de signos vitales. Se procedió a aplicación tópica de sulfadiazina de plata sobre todas las áreas quemadas, cubriendose con apósitos y gasas estériles hasta disponibilidad de intervención quirúrgica definitiva en unidad de quemados. Se colocó sonda orogástrica evidenciándose salida de contenido gástrico claro. Se iniciaron trámites administrativos para transferencia a unidad especializada de quemados.

La biometría hemática reveló leucocitosis marcada (17,430 leucocitos/ μ L) y trombocitosis (495,000 plaquetas/ μ L), indicativas de respuesta inflamatoria sistémica. La hemoglobina (18,5 g/dL) y hematocrito (52,9 %) elevados confirmaban hemoconcentración secundaria a deshidratación severa. En química sanguínea se documentó hiperglucemia significativa (268 mg/dL), creatinina elevada (1,10 mg/dL) y enzimas hepáticas incrementadas (TGO 99 U/L, TGP 41 U/L), evidenciando disfunción renal y hepática incipientes. La gasometría arterial demostró acidosis metabólica severa con pH 7,1 y bicarbonato 15,1 mmol/L.

Diagnóstico médico y valoración según patrones funcionales de Marjory Gordon

Quemaduras y corrosiones de múltiples regiones del cuerpo (CIE-10 T29.0). Gran quemado de segundo y tercer grado 90 % de superficie corporal total. Quemadura total de vía aérea (CIE-10 T20). Shock hipovolémico (CIE-10 R57.1).

- Patrón de percepción y manejo de la salud: se identifica disrupción severa en la percepción y gestión de salud, evidenciada por traumatismo grave que compromete integridad corporal y funciones vitales, impactando negativamente pronóstico y capacidad de autocuidado.
- Patrón nutricional-metabólico: paciente con acidosis metabólica severa, enzimas hepáticas elevadas indicando disfunción hepática, e hiperglucemia sugerente de resistencia insulínica secundaria a estrés metabólico. Hipermetabolismo característico del gran quemado.
- Patrón de eliminación: creatinina elevada señala disfunción renal incipiente, agravada por pérdida masiva de líquidos a través de superficies quemadas. Función respiratoria gravemente comprometida requiriendo intubación nasotraqueal inmediata y ventilación mecánica invasiva.
- Patrón de actividad-ejercicio: comprometido por dolor intenso (EVA 10/10), inflamación generalizada y limitaciones físicas secundarias a vendajes y dispositivos invasivos. Una vez lograda estabilización hemodinámica, será esencial impulsar movilización temprana progresiva.
- Patrón de sueño-descanso: el dolor constante asociado con quemaduras extensas dificulta conciliación del sueño y mantenimiento de descanso adecuado, resultando en fatiga y compromiso del proceso de curación.
- Patrón cognitivo-perceptual: estrés postraumático, dolor intenso e impacto psicológico del trauma afectan cognición y percepción, dificultando procesamiento de información y toma de decisiones. Crucial brindar apoyo emocional y estrategias de afrontamiento.
- Patrón de autopercepción-autoconcepto: transformación traumática de imagen corporal afecta negativamente bienestar físico, mental y social. Alteración significativa del autoconcepto requiriendo intervención psicológica especializada.
- Patrón de rol-relaciones: relaciones interpersonales desempeñan papel crucial en recuperación. Equipo de atención, familiares y amigos deben brindar soporte emocional continuo para contrarrestar impacto psicológico.
- Patrón de sexualidad-reproducción: quemaduras extensas pueden afectar función sexual y reproductiva debido a dolor, cicatrices y cambios en imagen corporal, influyendo en intimidad y relaciones interpersonales.
- Patrón de adaptación-tolerancia al estrés: desde ingreso, paciente presenta signos y síntomas de estrés agudo. Presencia de estrés agudo constituye predictor de estrés postraumático, requiriendo intervención psicológica temprana.
- Patrón de valores-creencias: quemaduras graves pueden plantear desafíos para valores y creencias relacionados con salud, enfermedad y sufrimiento, requiriendo apoyo espiritual y emocional para adaptación y búsqueda de significado.

DISCUSIÓN

El análisis sistemático del caso clínico se realizó mediante aplicación de taxonomías estandarizadas: Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA Internacional, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Este enfoque permite abordar integralmente las necesidades identificadas, utilizando base estandarizada para formulación de diagnósticos precisos, establecimiento de objetivos medibles y planificación de intervenciones basadas en evidencia. En base a ello, son cuatro los planes de cuidados priorizados según dominios afectados: manejo de la vía aérea, manejo del dolor, integridad cutánea; y manejo de líquidos.⁽¹¹⁾

El caso analizado ilustra la complejidad del manejo multidisciplinario del paciente gran quemado en fase aguda, evidenciando la necesidad imperativa de implementación sistemática del proceso de atención de enfermería mediante taxonomías estandarizadas. La aplicación de NANDA-NOC-NIC permite estructurar intervenciones priorizadas según dominios afectados, optimizando resultados clínicos en situaciones de alta criticidad.⁽¹²⁾

El manejo de la vía aérea constituye la prioridad absoluta en el paciente gran quemado, especialmente cuando existe compromiso documentado de estructuras respiratorias superiores. La intubación precoz, idealmente dentro de la primera hora posterior al trauma, previene complicaciones potencialmente letales secundarias al edema progresivo faringolaríngeo. Diversos estudios demuestran que el edema de vía aérea alcanza su máxima expresión entre 24 y 96 horas post-trauma, justificando la intervención anticipada incluso en ausencia de compromiso respiratorio evidente al ingreso. En el caso presentado, la decisión de intubación nasotraqueal inmediata resultó determinante para preservar la función respiratoria ante la evidencia de quemadura completa de mucosa respiratoria.^(1,2)

La ventilación mecánica invasiva en el paciente quemado requiere consideraciones particulares. Los parámetros ventilatorios deben ajustarse según principios de ventilación protectora pulmonar, utilizando volúmenes corrientes bajos (6-8 mL/kg de peso ideal), presiones plateau limitadas (<30 cmH₂O) y niveles apropiados de presión positiva al final de la espiración. La estrategia ventilatoria implementada en este caso, con volumen corriente de 420 mL para una paciente de aproximadamente 52 kg (equivalente a 8 mL/kg), se alinea con recomendaciones actuales para prevención de lesión pulmonar inducida por ventilador.⁽³⁾

El dolor en el paciente gran quemado presenta características de severidad extrema, requiriendo abordaje multimodal agresivo. La Escala Visual Análoga constituye el instrumento de valoración estándar, permitiendo cuantificar objetivamente la intensidad del dolor y ajustar la terapia analgésica consecuentemente. La analgesia basada en opioides potentes administrados en infusión continua, complementada con coadyuvantes analgésicos y técnicas no farmacológicas, representa el estándar terapéutico actual. El control inadecuado del dolor se asocia con múltiples complicaciones incluyendo inmunosupresión, trastornos del sueño, retraso en cicatrización y desarrollo de dolor crónico persistente.^(4,5)

La preservación de la integridad cutánea y prevención de infecciones constituyen objetivos terapéuticos centrales. La pérdida de la barrera cutánea en 90 % de superficie corporal, como en el caso presentado, elimina la primera línea de defensa contra microorganismos patógenos, incrementando exponencialmente el riesgo de infección local y sepsis. Las infecciones representan la principal causa de morbilidad en pacientes grandes quemados, superando incluso las complicaciones cardiovasculares y respiratorias. La aplicación tópica de sulfadiazina de plata, el uso de técnicas asepticas rigurosas y el mantenimiento de aislamiento preventivo estricto son medidas fundamentales para minimizar este riesgo.^(6,7)

La monitorización continua de signos vitales, temperatura corporal y marcadores inflamatorios permite detección precoz de procesos infecciosos. Los microorganismos más frecuentemente implicados incluyen *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y especies de *Candida*. La implementación de cultivos microbiológicos seriados de superficies quemadas y hemocultivos ante sospecha de bacteriemia facilita el tratamiento antimicrobiano dirigido cuando se documenta infección.⁽⁸⁾

La reanimación hídrica agresiva representa otro pilar fundamental del tratamiento. Múltiples fórmulas han sido propuestas para calcular requerimientos de líquidos, siendo la fórmula de Brooke modificada una de las más ampliamente validadas. Esta fórmula estima necesidades hídricas en 2 mL/kg por porcentaje de superficie corporal quemada durante las primeras 24 horas, distribuyendo 50 % del volumen calculado en las primeras ocho horas y el 50 % restante en las subsecuentes 16 horas. Para la paciente del caso, con 90 % de superficie quemada y peso aproximado de 52 kg, esto representa aproximadamente 9,360 mL en 24 horas.⁽⁹⁾

Sin embargo, las fórmulas constituyen únicamente guías iniciales, debiendo ajustarse la reanimación hídrica según parámetros fisiológicos individuales. La monitorización estricta de diuresis (objetivo >0,5 mL/kg/hora), presión venosa central, lactato sérico y función cardiovascular permite titular la administración de líquidos evitando tanto la reanimación insuficiente (con riesgo de shock y falla orgánica múltiple) como la excesiva (con riesgo de síndrome compartimental abdominal y edema pulmonar). El balance hídrico horario constituye herramienta indispensable para optimizar la terapia de reposición.⁽¹⁰⁾

Los hallazgos de laboratorio documentados al ingreso evidencian las severas alteraciones metabólicas características del shock por quemadura. La leucocitosis marcada (17,430/ μ L) refleja la respuesta inflamatoria sistémica masiva desencadenada por el trauma térmico extenso. La hemoconcentración manifestada por hemoglobina y hematocrito elevados (18,5 g/dL y 52,9 % respectivamente) confirma la depleción significativa del volumen intravascular secundaria a extravasación masiva de plasma hacia el tercer espacio. La hiperglucemia severa (268 mg/dL) indica la activación del eje neuroendocrino de estrés con liberación de catecolaminas, cortisol y hormona del crecimiento, generando estado de resistencia insulínica temporal.⁽¹¹⁾

La acidosis metabólica documentada (pH 7,1 y bicarbonato 15,1 mmol/L) resulta de la combinación de hipoperfusión tisular con producción de lactato, pérdida de bicarbonato a través de superficies quemadas y probable disfunción renal incipiente evidenciada por creatinina elevada. Esta alteración ácido-base requiere corrección mediante reanimación hídrica adecuada que restaure la perfusión tisular, siendo la administración directa de bicarbonato reservada únicamente para casos de acidosis severa refractaria con pH <7,1 y compromiso hemodinámico significativo.⁽¹²⁾

La elevación de transaminasas hepáticas (TGO 99 U/L, TGP 41 U/L) sugiere disfunción hepática temprana, probablemente secundaria a hipoperfusión esplácnica durante la fase de shock. El hígado desempeña funciones metabólicas críticas en el paciente quemado, incluyendo síntesis de proteínas de fase aguda, metabolismo de fármacos y producción de factores de coagulación. La preservación de la función hepática mediante reanimación hídrica adecuada y soporte nutricional precoz resulta esencial para prevenir complicaciones metabólicas tardías.⁽¹³⁾

La aproximación sistemática mediante proceso de enfermería estructurado, guiado por taxonomías internacionalmente reconocidas, demuestra su utilidad en la organización de cuidados complejos. La identificación precisa de diagnósticos enfermeros prioritarios, el establecimiento de objetivos medibles mediante indicadores NOC y la planificación de intervenciones específicas NIC constituyen la metodología estándar para garantizar atención de calidad basada en evidencia. Este enfoque facilita además la comunicación interdisciplinaria y la evaluación objetiva de resultados, contribuyendo a la mejora continua de la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería al paciente gran quemado en fase aguda exige una priorización estructurada mediante taxonomías NANDA-NOC-NIC, que orientan intervenciones basadas en evidencia para optimizar resultados en un contexto de extrema complejidad. La primera prioridad se centra en el dominio Eliminación/Intercambio, asegurando la permeabilidad de la vía aérea mediante intubación precoz y ventilación mecánica protectora para prevenir complicaciones respiratorias graves. En el dominio Confort, el control riguroso del dolor se logra a través de valoraciones sistemáticas y analgesia multimodal que mejora la colaboración del paciente y reduce el riesgo de dolor crónico. El dominio Seguridad/Protección implica medidas estrictas de prevención de infecciones, principal causa de morbimortalidad, mediante técnicas asépticas, agentes tópicos antimicrobianos, aislamiento y monitorización continua. Finalmente, el dominio Nutrición incluye reanimación hídrica agresiva basada en fórmulas validadas, con ajustes según la respuesta fisiológica, control estricto de diuresis, electrolitos y parámetros hemodinámicos, consolidando un abordaje integral indispensable para la supervivencia en la fase crítica inicial.

Financiación

Los autores declaran que no recibieron financiación para la realización de este estudio.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la publicación de este manuscrito.

Contribución de Autoría

VGAM: participó en la conceptualización, investigación, administración del proyecto, supervisión, visualización, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

AVCP: participó en la conceptualización, investigación, visualización, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

VDYA: participó en la conceptualización, investigación, redacción - borrador original.

Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo R. Quemaduras: Abordaje Integral. Volumen 1-2. 1ra Edición. [Internet]. México: Editorial Alfil; 2021 [citado 04/03/2024]. Disponible en: <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-24896758-fc4257fb15.pdf>
2. Salgado L, Robledo J, Ruiz J, Hernández O. Gran quemado en la Unidad de Cuidado Crítico. Acta colomb cuid intensiv [Internet]. 2020 [citado 04/03/2024];20(3):176-184. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122726220300094>
3. Cachafeiro L, Sánchez M, Lorenzo A. Ventilación mecánica en el paciente quemado crítico con inhalación: ¿podemos evitarla? Elsevier [Internet]. 2020 [citado 07/03/2024];44(1):54-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021056911930066X>

4. Cruz E, Zuñiga V, Serratos M. Tratamiento del dolor en pacientes con quemaduras severas. Rev mex anest [Internet]. 2021 [citado 07/03/2024]; 44(1):55-62. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/97778>
5. Castro T, Rojas M, Hernández C. Manejo del dolor en el paciente adulto con trauma por quemadura. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2023 [citado 07/03/2024];8(5):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v8i5.1035>
6. De Gracia A, De Gracia A, González E. Manejo terapéutico en pacientes quemados que desarrollan infección bacteriana. SC [Internet]. 2023 [citado 15/03/2024];1(4):128-150. Disponible en: <https://doi.org/10.37594/sc.v1i4.1263>
7. Tomás S, Reyes M. Retos e iniciativas en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria: estudio de consenso de expertos. Journal of Healthcare Quality Research [Internet]. 2023 [citado 07/03/2024];38(6):376-89. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647923000581>
8. Cañas B, Castellanos A. Infecciones nosocomiales en pacientes críticos. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2014 [citado 07/03/2024]; 11(57): 3374-82. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214707863>
9. Hinojosa S, Delgado E, Gómez I, Galarza F. Manejo inicial de paciente quemado en urgencias. RECIAMUC [Internet]. 2022 [citado 15/03/2024]; 6(3): 266-274. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.266-274](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.266-274)
10. Guilabert P, Martín N, Abarca L, Usúa G, Serracanta J, Colomina MJ. BALBUMIN: Encuesta sobre el uso de la albúmina en la reanimación del paciente gran quemado adulto. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo [Internet]. 2020 [citado 07/03/2024];20(3):159-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122726220300112>
11. Heather H, Kamitsuru S, Takao C. Diagnósticos Enfermería. International NANDA: Deficiones y Clasificación 2021-2023 12.^a ed. New York: Elsevier; [Internet] 2021. [citado 07/03/2024] <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/06/Diagnosticos-Enfermeros-NANDA-2021-2023.pdf>
12. Bulechek G, Butcher H, Docterman J, Wagner Ch. Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC). 7.^a ed. Barcelona: Elsevier[Internet]; 2018. <https://shop.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic/butcher/978-84-9113-404-6>
13. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 7.^a ed. Barcelona: Elsevier[Internet]; 2024. [citado 07/03/2024] <https://shop.elsevier.com/books/clasificacion-de-resultados-de-enfermeria-noc/moorhead/978-84-1382-671-4>