

CASO CLÍNICO DE URGENCIAS EN ENFERMERÍA DE PACIENTE QUEMADO EN SU DOMICILIO.

Autora principal: Beatriz Valdayo Rosado. Diplomada en Enfermería. Servicio Andaluz de Salud.

Coautora: Rocío Martín Almenta. Diplomada en Enfermería. Servicio Aragonés de Salud.

PALABRAS CLAVES

Cuidados, enfermería, quemadura, tratamiento de urgencias, urgencias.

RESUMEN

La quemadura “es una lesión de los tejidos corporales producida por calor, agentes químicos, corriente eléctrica o radiación. Los efectos resultantes están influidos por la intensidad de la energía, la duración de la exposición y el tipo de tejido lesionado”.

Las tasas más altas de mortalidad en quemaduras ocurren en niños, en especial en niños preescolares y en ancianos.

La mayoría de las quemaduras en niños son accidentes que pueden ser evitables, son causados por un descuido o falta de previsión de peligros que pueden ocurrir en determinados momentos de la vida cotidiana. La familia es protectora del medio ambiente y del domicilio en el que convive el menor y por tanto responsable de salvaguardar la integridad del menor, especialmente en la etapa de descubrimiento y explorar el entorno en la que están inmersos los niños.

La causa más importante de incendios en los domicilios es la falta de cuidado con los cigarrillos. Otras causas de quemaduras incluyen agua caliente por calentadores de agua, accidentes de cocina, estufas, combustibles como gasolina o líquido de encender el carbón, vapor de radiadores y agentes químicos.

Hay varios tipos de quemaduras: las quemaduras térmicas, las más comunes, que pueden producirse por llamarada, escaldamiento o contacto con objetos calientes, las quemaduras químicas que causa lesión y destrucción tisular por sustancias necrotizantes, producidas frecuentemente por ácidos, quemaduras por humo o inhalación que son el resultado de la inhalación de aire caliente o productos químicos nocivos y que pueden producir daños en los tejidos del tracto respiratorio y las quemaduras eléctricas que causan necrosis de coagulación y producen dolor intenso como consecuencia de una corriente eléctrica.

El tratamiento de las quemaduras se relaciona con la gravedad de la lesión: profundidad de la quemadura, extensión de la quemadura calculada en porcentaje del área de la superficie corporal total, localización y factores de riesgo del paciente.

Con respecto a la profundidad de la quemadura podemos clasificarla en cuatro grados:

- Las quemaduras de primer grado están limitadas sólo a la epidermis. Son eritematosas y dolorosas.
- Las quemaduras de segundo grado son superficiales y profundas; las superficiales afectan a la epidermis y capas superficiales de la dermis, se forman ampollas y denudación superficial, las profundas afectan a la epidermis y las capas profundas de la dermis, la piel se pone de color rojo y poco elástica, son muy dolorosas, escasas

glándulas sebáceas y folículos pilosos que se extraen con facilidad. Dificultad en distinguirlas de las de tercer grado o más profundas.

- Las quemaduras de tercer grado afectan a todo el espesor de la piel. Destrucción de todas las capas de la piel y cicatrización importante. Son subsidiarias de cirugía precoz según el caso. Piel quemada inelástica, (blanca o chamuscada) y anestesiada.
- Las quemaduras de cuarto grado sobrepasan el espacio dermoepidérmico y dañan estructuras subyacentes: grasa, tendones, músculo, hueso. Son también indoloras y subsidiarias de cirugía precoz en casi todos los casos.
-

La extensión de la quemadura depende del área total de superficie corporal afectada. Para saber la extensión se utiliza el mapa de Lund-Browder y la regla de los nueve. El mapa de Lund-Browder tiene en cuenta la edad del paciente considerándose más seguro, en proporción al tamaño del área con respecto al cuerpo. La regla de los nueve se utiliza frecuentemente para realizarle una valoración inicial al adulto quemado.

La localización de la quemadura está relacionada con su gravedad. Las quemaduras del tórax, cara y cuello del paciente, por ejemplo, pueden originar una obstrucción mecánica en la función respiratoria producida por un edema.

Otros factores que hay que valorar es la edad del paciente ya que un anciano tiene más dificultad en recuperarse que una persona joven. Igualmente hay que valorar la enfermedad que sufra el paciente; un paciente diabético, con enfermedad vascular periférica, con enfermedad respiratoria o renal tiene peor pronóstico respecto a su recuperación que una persona que no tiene este tipo de enfermedades.

INTRODUCCIÓN

Mercedes L.R., mujer de 40 años llama a los servicios de urgencias por dolor intenso al explotarle la olla de vapor cuando intentaba abrirla.

Cuando acude el DCCU al domicilio, se encuentra a la mujer tumbada en el sofá retirada del lugar de la explosión.

La mujer es divorciada y vive con su hija de 20 años, la cual se encuentra en la universidad cuando ocurre los acontecimientos.

La paciente presenta quemaduras de segundo grado en cara, cuello y tórax en parte anterior. La mujer se encuentra consciente, orientada y con dolor insoportable en las partes quemadas.

Antecedentes personales: no alergia a ningún medicamento, asmática, diabética tipo I desde los 9 años bien controlada, es alérgica a las picaduras de avispas, al pelo del perro, gato, caballo y al polen.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados individual e integral para estabilizar a nuestra paciente.

METODOLOGÍA

Se consultan Protocolos de actuación de Enfermería y Guías de Práctica Clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras.

Utilizamos la escala de Glasgow con una puntuación total de 15.

La paciente, al aplicarle la escala en respuesta motriz, obedece a órdenes, en apertura ocular su respuesta es espontánea y se siente orientada en respuesta verbal.

La escala de Glasgow se divide en tres grupos de manera independiente que evalúan la apertura de ojos sobre 4 puntos, la respuesta verbal sobre 5 y la motora sobre 6, siendo la puntuación máxima y normal 15 puntos y la mínima 3. Se considera leve al que presenta un Glasgow de 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 9 y grave menor o igual a 8.

Además, se le realiza la Escala Visual Analógica (EVA) para medir la intensidad del dolor interpretándose en una línea de 10 centímetros. En uno de los extremos se coloca el “no dolor” y en el otro extremo “el peor dolor”. La distancia en centímetros desde el punto “no dolor” a la marcada por el paciente, representa la intensidad del dolor. Nuestra paciente refleja un dolor de intensidad comprendida entre 8 y 9.

RESULTADOS

Las actuaciones del equipo del DCCU fueron, en primer lugar, asegurarnos de que la vía aérea se encontrase permeable ante la posibilidad de obstrucción por edema, vigilar que tuviera una adecuada oxigenación y circulación y valorar el nivel de conciencia de la paciente con ayuda de la escala de Glasgow.

Monitorizamos las constantes vitales (frecuencia cardíaca, temperatura, presión arterial, saturación de oxígeno, respiraciones por minuto y excreción urinaria) reevaluándola continuamente y vigilando cualquier signo que indique algún compromiso respiratorio o circulatorio.

A continuación, le retiramos joyas y ropa para identificar y tratar lesiones determinando la profundidad, extensión y gravedad de las quemaduras. Observamos quemaduras de segundo grado en cara, cuello y tórax.

Le canalizamos un acceso intravenoso con catéter de gran calibre para empezar la reposición de líquidos y le administramos analgesia intravenosa sin administrar antibiótico.

Limpiamos las quemaduras con suero salino templado, nunca frío en quemaduras moderadamente extensas. Utilizamos soluciones jabonosas suaves tipo clorhexidina, sin hexaclorofeno o antisépticos líquido. Cubrimos las quemaduras con compresas empapadas en suero fisiológico templado para no interferir en la valoración posterior del centro especializado en quemados que determine el tratamiento definitivo, evitando la pérdida de calor corporal y le administramos profilaxis antitetánica.

CONCLUSIONES

El equipo del DCCU pudo estabilizar a la paciente y decide trasladarla rápidamente a un centro de quemados por requerir de tratamiento antibiótico y vendaje.

La actuación de la Enfermera de Urgencias desde un punto de vista biopsicosocial contribuye al abordaje de la situación de salud de la paciente desde una perspectiva integral y de calidad, apostando por la seguridad clínica.

El rol de Enfermera de Urgencias que presta su atención en el DCCU no debe centrarse solamente en la realización de técnicas y curas. La coordinación entre profesionales, la valoración del impacto emocional, el fomento de la participación activa tanto del paciente como la familia en la formación y educación sanitaria son ejes fundamentales del quehacer enfermero.

La enfermera, como ciudadano y profesional de asistencia sanitaria, se halla en una buena posición para realizar valoraciones de seguridad en los domicilios y es necesario enseñar/educar al paciente y a su familia sobre las lesiones por quemadura antes de que ocurran los accidentes para evitar futuros problemas pues, la mayor parte de las lesiones por quemadura pueden evitarse.

El conocimiento de las fuentes potenciales de quemaduras permite prevenir las quemaduras. Enseñar a la población el uso adecuado de electrodomésticos, cables y conducciones eléctricas, enchufes, barbacoas y calderas puede evitar las quemaduras. La enfermera puede ser útil para enseñar al usuario el cuidado en el domicilio de quemaduras de pequeña entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barreiro Ramos H, Barreiro Peñaranda A, Viera Fernández E, Marrero Martín O. Quemaduras y etiología medicolegal. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 Diciembre; 22(4).
2. Herndon DN. Tratamiento Integral de las Quemaduras. Tercera ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
3. Frías Méndez E. Quemaduras diagnóstico y tratamiento en las primeras 72 horas. Rev Cubana Cir. 2006 Junio; 45(2).
4. Palao Doménech R. Quemados. Valoración y criterios de actuación. Primera ed. Barcelona: Marge Medica Books; 2009.
5. Mariano Franco S, Hernández Mesa V. Atención extrahospitalaria de enfermería en pacientes quemados. Hygia de enfermería: revista científica del colegio. 2012;(81).

