

## Sedoanalgesia en el tratamiento local hospitalario del paciente quemado. La seguridad como principio fundamental

MÓNICA ARMAYOR PRADO<sup>1\*</sup>, MARÍA JESÚS ROMERO DE SAN PÍO<sup>2</sup>, EMILIA ROMERO DE SAN PÍO<sup>3</sup>, MARÍA JOSÉ ESPINA ANGULO<sup>4</sup>, MARÍA COVADONGA SIERRA ARANCE<sup>5</sup>, GONZALO JORGE MARTÍNEZ MAGIDE<sup>6</sup>, GRACIELA MIRANDA ARECES<sup>1</sup>, CONSTANTINO LUIS GONZÁLEZ GÓMEZ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ENFERMERA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

<sup>2</sup>SUPERVISORA DE LA UCI

<sup>3</sup>ENFERMERA/O DE LA UCI

<sup>4</sup>MÉDICO INTENSIVISTA DE LA UCI

<sup>5</sup>TCAE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

<sup>6</sup>MÉDICO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

\*Autora para correspondencia: [m\\_armayor@yahoo.es](mailto:m_armayor@yahoo.es)

Recibido: 31 de mayo de 2020 – Aceptado: 7 de mayo de 2021

### Resumen

Las quemaduras son un grave problema de salud a nivel mundial lo que provoca graves complicaciones médicas además de gran discomfort en los pacientes, desasosiego y dolor. Su manejo, tratamiento y seguimiento es de gran complejidad sobre todo en las quemaduras graves, siendo el criterio de gravedad determinado por la profundidad de las mismas, su extensión y su localización. Para su correcto manejo es necesario tener un equipo asistencial multidisciplinar formado en el tratamiento específico de las quemaduras graves y en el control del dolor y de los parámetros hemodinámicos de los pacientes. Se ha desarrollado una iniciativa novedosa de colaboración entre los equipos asistenciales de cuidados intensivos y de cirugía plástica de un hospital de referencia para la realización de las curas de quemaduras más graves y extensas mediante la monitorización y sedoanalgesia de los pacientes en la planta de hospitalización. La experiencia ha sido de gran impacto positivo en la seguridad, confort y tratamiento del dolor de los pacientes.

**Palabras clave:** Sedación consciente c Analgesia, dolor – Terapéutica – Quemaduras.

### Abstract

#### **Sedoanalgesia in the local hospital treatment of the burned patient. Safety as a fundamental principle**

Burns are a serious health problem worldwide which causes serious medical complications in addition to great discomfort in patients, restlessness and pain. Its management, treatment, and follow-up is highly complex, especially in severe burns, the severity criterion being determined by their depth, their extent, and their location. For its correct management, it is necessary to have a multidisciplinary healthcare team trained in the specific treatment of severe burns and in the control of pain and hemodynamic parameters of patients. A novel collaborative initiative has been developed between the intensive care and plastic surgery healthcare teams of a reference hospital to carry out the most serious and extensive burns cures through monitoring and sedation of patients on the hospital ward. The experience has had a great positive impact on the safety, comfort and pain management of patients.

**Keywords:** Conscious sedation – Analgesia – Pain – Therapeutics – Burns.

## INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son un grave problema de salud a nivel mundial<sup>1,2,3</sup> que presenta unas altas prevalencias, más acusadas en los países en desarrollo. Son el resultado de un trauma físico, químico o biológico producido por múltiples agentes implicados y que provoca la desnaturalización de las proteínas tisulares afectando según la gravedad de las mismas, desde la superficie de la piel hasta tejidos profundos destruyéndolos en su totalidad lo que provoca graves complicaciones médicas además de gran disconfort en los pacientes, desasosiego y dolor. Su manejo, tratamiento y seguimiento es de gran complejidad sobre todo en las quemaduras graves, siendo el criterio de gravedad determinado por la profundidad de las mismas, su extensión y su localización. Su manejo precisa de un equipo sanitario multidisciplinar formado específicamente en su tratamiento<sup>4</sup>, las curas periódicas de las lesiones por quemaduras constituyen un momento de gran estrés tanto para pacientes como para profesionales, por lo que encontrar un escenario adecuado de seguridad, control del dolor y confort es una premisa imprescindible para un manejo adecuado de las mismas.

En el año 2015 se crea en la unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) el servicio de Respuesta Rápida dentro del proyecto UCI Sin Paredes. Dicha iniciativa tiene como objetivo proporcionar un seguimiento de aquellos pacientes dados de alta en cuidados intensivos y la detección e intervención precoz en aquellos enfermos con criterios de riesgo vital en las plantas de hospitalización con la misión de valorarlos, hacer determinadas intervenciones, pruebas y cuidados y consensuar con los médicos y equipo de Enfermería de la planta de hospitalización el seguimiento, acciones, tratamientos a llevar a cabo y detectar cualquier signo de gravedad que haga valorar su ingreso en la unidad de cuidados intensivos o continuar su seguimiento en planta<sup>5</sup>.

El equipo de Respuesta rápida está formado por un médico intensivista y un profesional de Enfermería de la plantilla de cuidados intensivos en turnos de mañana y tarde con un sistema de localización tipo "busca" y sin responsabilidad directa de enfermos dentro de la unidad de intensivos para estar disponibles ante cualquier valoración de un paciente en el hospital.

Los pacientes que se benefician de ésta iniciativa de seguridad y calidad asistencial son todos y cada uno de los ingresados en el hospital y, dentro de dichos pacientes, existen unas personas que por su específico proceso patológico, sus necesidades de curas de alta complejidad, seriadas en el tiempo y su necesidad de un procedimiento de analgesia muy específica durante los procedimientos a los que se ven sometidos, se podían beneficiar de la iniciativa emprendida con la formación del equipo de UCI sin paredes, tales

enfermos son, como hemos visto, los pacientes con lesiones por quemaduras ingresados en el servicio de Cirugía plástica de nuestro hospital; como profesionales fuimos conscientes de sus necesidades específicas de confortabilidad, seguridad y yugulación del dolor durante las curas y, por tanto, eran candidatos a beneficiarse de la iniciativa de la UCI sin paredes. En el servicio de hospitalización de cirugía plástica, el equipo de profesionales médicos y de enfermería atenderán sus necesidades físicas, terapéuticas y proporcionarán cuidados de alta calidad y, es en el proceso de curas programadas, cuando entra en juego el equipo de cuidados intensivos a través de los profesionales de la UCI sin paredes. Nuestra unidad de cirugía plástica es referente en la región en el tratamiento de pacientes con quemaduras, pero no es un centro de tratamiento de grandes quemados y no tiene un equipo de profesionales integrado multidisciplinar por lo que éste proyecto viene como complemento de los objetivos de la UCI sin paredes para dar calidad y seguridad asistencial a dichos pacientes.

Los objetivos que se plantean en este nuevo servicio al paciente quemado son varios y uno de ellos y principal es proporcionar al paciente quemado que no precisa ingreso en nuestro servicio de UCI unos cuidados y una analgesia adecuada y específica para facilitar las curas en la planta de cirugía plástica, evitando así desplazamientos del paciente y otorgando una asistencia óptima y segura. Esto es de vital importancia ya que en la asistencia sanitaria, se debe optimizar las actuaciones y los recursos asistenciales para proporcionar una asistencia definida por la calidad y seguridad asistencial<sup>6,7</sup> que es el objetivo último al que deben de aspirar nuestras actuaciones como profesionales de la salud.

La preocupación por la seguridad y la calidad de la asistencia sanitaria no es nueva y ha estado presente desde los inicios de la Medicina y de la Enfermería, también la confortabilidad de los enfermos y pacientes ha estado en mente de todas esas personas que desde la Antigüedad se han dedicado al tratamiento de las enfermedades, a su curación y al cuidado de las personas enfermas o accidentadas. Ya en el Código de Hammurabi en el 2150 a.C. se indicaba la necesidad de realizar las tareas conforme a la calidad y seguridad necesarias<sup>8</sup> y si no la persona se podía ver enfrentada a cargos y penas establecidas según la gravedad de las consecuencias acaecidas. En tiempos más cercanos, se conocen estrategias en calidad y seguridad que han proporcionado un avance en todos los aspectos sanitarios y han contribuido a disminuir la mortalidad y morbilidad de las personas de una forma considerable. Una de las figuras históricas de mayor importancia en la consecución de la calidad y seguridad asistencial ha sido, sin duda, Florence Nightingale que con sus medidas básicas de higiene, desinfección, adecuada alimentación y vestimenta, logró disminuir drásticamente la mortalidad en

# Revisión

Sedoanalgesia en el tratamiento local hospitalario del paciente quemado. La seguridad como principio fundamental

los hospitales de campaña establecidos durante la guerra de Crimea<sup>9</sup>. Sus medidas preventivas, de saneamiento ambiental fueron decisivas en tales resultados al igual que el tratamiento y agrupación de aquellas personas más graves cerca de los centros de enfermería para observar de una forma precoz cualquier alteración en la gravedad de los heridos en el hospital de campaña.

El transcurso del tiempo y de los siglos ha dado, por tanto, la razón a las iniciativas de seguridad y calidad sanitaria en muchos aspectos, lo que ha logrado un avance paulatino y extraordinario de la Medicina y de la Enfermería que ha conseguido una disminución en la morbilidad humana, aumento de la calidad y esperanza de vida y el control de enfermedades y plagas que han contribuido al avance del ser humano como tal.

Quizás ahora tomamos más conciencia de la necesidad y cualquier acción en sanidad está prioritariamente presidida por objetivos de calidad, seguridad y bienestar de nuestros pacientes.

## OBJETIVOS

- Proporcionar al paciente quemado una analgosedación óptima minimizando los riesgos y efectos secundarios durante las curas.
- Optimizar los recursos y soporte vital proporcionados por la unidad de cuidados intensivos a través del equipo de Respuesta Rápida durante el tratamiento local de las quemaduras graves.
- Incrementar el confort y la seguridad del paciente quemado durante los tratamientos.
- Elaboración de un protocolo piloto de analgesia, sedación y cuidados generales en coordinación con los servicios de cirugía plástica y la UCI.

## METODOLOGÍA

Nuestra metodología de actuación comenzó con una puesta en común y consenso de acciones y estrategias dentro del grupo de profesionales de la UCI sin paredes junto con el equipo de cirugía plástica. La implementación de la nueva iniciativa se basó en la estrategia DAFO con un análisis para delimitar si la nueva iniciativa era factible en cuanto a su realización por parte de los dos servicios implicados y basándonos en la necesaria coordinación de ambos y como principal ítem la formación de los equipos profesionales<sup>10</sup> implicados. Se diseñó un protocolo piloto de analgosedación y de cuidados generales y específicos donde se recogían aspectos tan importantes como:

1. Consenso de la medicación de urgencia y de la medicación específica para la analgosedación preparada y disponible en cada cura.

2. Disponibilidad de material para maniobras de resucitación y especificación de los aparatajes y utensilios indispensables para dar seguridad y calidad al proceso.
3. Diseño de actuación en cuanto a seguimiento y valoración continuada de los pacientes previos a la cura, inter-cura y post-cura.
4. Optimizar la actuación de calidad y seguridad dada a nuestros pacientes quemados.

El protocolo de actuación consta de varias partes. Tabla 1

- |   |
|---|
| 1. Valoración inicial del paciente.   |
| 2. Conocimiento y preparación de los medicamentos sedoanalgésicos adaptados a las características intrínsecas del paciente. |
| 3. Comprobaciones generales.  |
| 4. Seguimiento hemodinámico y valoración del dolor durante todo el procedimiento.   |
| 5. Valoración del paciente al final de la cura.   |

Tabla 1. Protocolo de actuación.

### 1. Valoración inicial del paciente

El primer paso, por tanto, es la valoración general del paciente previamente a la realización de la cura. Se hace seguimiento en días previos de los pacientes en estricto contacto con el equipo asistencial de cirugía plástica que indica el tratamiento y cura específico al que va a ser sometido el paciente, por lo que el equipo de UCI puede estudiar las medidas de cuidados, atención y medicaciones más específicas para cada paciente y procedimiento, con lo que se realiza una individualización de cada cura a cada paciente y a su situación física y general en cada momento. Los datos de interés para ésta valoración inicial del paciente se recogen en la tabla 2.

### Valoración inicial del paciente

Datos somatométricos	Peso Altura
----------------------	----------------

Datos hemodinámicos basales
-----------------------------

Tensión arterial
Pulsioximetría
Frecuencia cardíaca
Frecuencia respiratoria

Nivel basal de dolor
Escalas del dolor EVN- EVA

Tabla 2 Datos somatométricos y hemodinámicos del paciente. Valoración del dolor.

## 2. Conocimiento y preparación de los medicamentos sedoanalgésicos adaptados a las características intrínsecas del paciente

En esta iniciativa se tiene prioritariamente en cuenta la absoluta individualización de la medicación a las necesidades intrínsecas de cada paciente.

Se constata en primer lugar si el paciente tiene algún tipo de alergia o intolerancia a algún medicamento. Posteriormente se tiene en cuenta la medicación previa analgésica y sedante que tiene el paciente para el control diario del dolor y su respuesta a ella. Se estudia finalmente la disponibilidad de los diferentes medicamentos necesarios para cada procedimiento.

Debemos tener en cuenta que la analgesia y la sedación en apoyo a la realización de las curas y tratamientos dan lugar a una disminución en el nivel de conciencia pero también disminuyen o eliminan el dolor y preparan al paciente para que una intervención a priori estresante y dolorosa, se realice con los más altos estándares de seguridad y confortabilidad del paciente y que durante la misma el control del dolor sea óptimo. El fármaco ideal es el que proporciona analgesia-sedación y posterior amnesia del procedimiento y, todo ello, sin alterar la hemodinámica ni dar lugar a una depresión respiratoria, por lo que se determinó en el protocolo como medicamento prioritario para la yugulación del dolor la analgesia con Ketamina, por sus efectos y gran utilidad<sup>11, 12</sup> al producir a la vez hipnosis, analgesia y amnesia, siendo el único fármaco que produce estos tres efectos por eso es muy importante para la analgesia en los quemados ya que tiene la condición que es un anestésico disociativo, no es barbitúrico y no es narcótico. Además de la utilización como fármaco base la Ketamina, se protocolarizó una serie de medicamentos analgésicos y sedantes de gran especificidad para este tipo de procedimientos como es el Midazolam que es otro fármaco utilizado e introducido en el protocolo por su gran eficacia en la producción de sedación consciente y anestesia. El paciente quemado presenta niveles de ansiedad elevados<sup>13</sup>, por lo que el uso de benzodicepinas está indicado y, para lograrlo, el fármaco de elección, por tanto, es el Midazolam.

Como coadyuvantes en la analgesia y sedación se utiliza también el fentanilo, siendo este fármaco un agonista opioide sintético con una acción anestésica y analgésica y con una potencia en estos aspectos superior a la morfina, por lo que es de gran afectividad<sup>14</sup> en los procedimientos de curas periódicas de los pacientes quemados. El otro triángulo de fármacos utilizados lo constituyen los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) de gran uso por su eficacia en el control del dolor en el paciente adulto<sup>15</sup>. Su acción se desencadena al bloquear unas enzimas que ayudan a producir prostaglandinas de gran eficacia analgésica y antiinflamatoria, utilizándose sobre todo el ibuprofeno

y ketoprofeno. Otro de los analgésicos no opiáceos utilizado por su eficacia en el control del dolor es el metamizol y el paracetamol, aunque desde el año 2012, los consensos internacionales ya descartan a este último dentro del grupo de los antiinflamatorios no esteroideos por su escasa o nula acción antiinflamatoria.

### Fármacos indicados en la sedoanalgesia del paciente quemado durante la realización de las curas pertinentes

- Siempre que no exista contraindicación generalmente utilizamos la Ketamina consiguiendo una anestesia disociativa y produciendo también una sedación, inmovilidad, amnesia y marcada analgesia.

El efecto del fármaco se inicia rápidamente y dura entre 10-15 minutos. La dosis recomendada para el paciente adulto se encuentra entre 0,5-2 mgrs/Kg en bolo endovenoso (la administración debe ser lenta). Su utilización debe adaptarse escrupulosamente a las condiciones físicas del paciente, edad, peso y necesidades concretas de cada paciente y controlar atentamente la frecuencia respiratoria, tensión arterial sistémica y nivel de conciencia. Se debe valorar su sustitución por otro tipo de sedante si la persona a la que se va a curar tiene insuficiencia real o hepática, asma o historial de glaucoma o de insuficiencia cardiaca congestiva.

- También se asocia una dosis de benzodiazepinas para evitar el efecto alucinógeno, los delirios o las ensueños. El fármaco de elección en estos casos es el Midazolam a dosis de 1-2 mgrs endovenoso en bolo. Valorando en cada situación la administración del número de bolos necesarios con un continuo control de la tensión arterial sistémica y el nivel de conciencia del paciente.
- Para analgesia de base se combinan AINES con fentanilo de rescate administrado en bolos endovenosos a dosis de 25-50 microgramos endovenosos.

### 3. Comprobaciones generales

Antes de comenzar el procedimiento, los profesionales de ambos servicios realizan una serie de comprobaciones generales para que la cura se realice con los más altos estándares de seguridad clínica.

#### Listado de comprobaciones

##### 1. Paciente

- Estado general del paciente, atendiendo a la observación de piel y mucosas, no existencia de signo pliegue cutáneo, estado de hidratación óptimo.
- Estado emocional del paciente. Previamente si es la primera cura, se le ha explicado todo el procedimiento

a realizar y se le tranquiliza indicándole que durante toda la cura se le administrará la medicación necesaria para que no tenga dolor y esté confortable. En el caso de sucesivas curas se le irá explicando el estado de las lesiones, su evolución, eventual mejoría y se volverá a hacer hincapié en que durante la cura se encontrará confortable y sin dolor.

- Situación hemodinámica previa a la cura con control de tensión arterial sistémica previa que sirva de referencia y curva de parámetros hemodinámicos de días previos, no existencia de fiebre.
- Existencia de un acceso venoso seguro y realizar su manejo con las medidas de asepsia debidas.

## 2. Instrumental y aparataje

- Disponibilidad de todo el material de curas necesario para evitar dilaciones (foto 1).
- Disponibilidad y preparación adecuada de la sala especial de curas (foto 2).
- Disponibilidad de toda la medicación analgésica y sedante necesaria.
- Comprobación de la existencia de una fuente de oxígeno y de aspiración.
- Disponibilidad de sueros salino 0,9% y Ringer lactato.
- Disponibilidad de material para la administración segura de oxígeno en caso de precisar: mascarillas de oxígeno, gafas de oxígeno, mascarillas reservorio.
- Disponibilidad de medicaciones de urgencia: atropina, adrenalina, noradrenalina, amiodarona, dopamina, dobutamina, bicarbonato, corticoides.



Foto 1. Material de curas.



Foto 2. Sala especial de curas con bañera específica.

- Material de reanimación disponible: ambú, laringoscopio, tubos de intubación endotraqueal de diámetro adulto, sondas de aspiración de secreciones, mascarillas de resucitación.

## 4. Seguimiento hemodinámico y valoración del dolor durante todo el procedimiento

El paciente previamente a la cura es monitorizado obteniéndose los siguientes parámetros hemodinámicos de forma continuada: frecuencia respiratoria, tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno. Dichos valores son estudiados de forma continua para poner en marcha acciones inmediatas para yugular cualquier alteración importante o de riesgo.

Durante todo el procedimiento se atenderá a cualquier signo o síntoma que pueda ser de gravedad para proceder a su valoración y actuación en consecuencia.

- Agitación o intranquilidad del paciente que puede ser síntoma de alteración hemodinámica como disminución del nivel de oxígeno en sangre o dolor que es necesario yugular inmediatamente.
- Rash cutáneo o cualquier alteración cutánea en zonas de piel íntegras que puedan ser susceptibles de reacción no prevista a medicamentos.
- Integridad y seguridad de los accesos vasculares.

## 5. Valoración del paciente al final de la cura

Tras finalizar todo el procedimiento de la cura al paciente quemado se hará una nueva valoración general antes de retornarlo a su habitación, en la cuál se valorarán específicamente los siguientes ítems:

- Ausencia de dolor.
- Nivel adecuado de conciencia.
- Rango de normalidad en todos los parámetros hemodinámicos valorados durante el procedimiento.
- Ausencia de cualquier signo precoz de agitación psicomotriz.
- Ausencia de cualquier signo de hemorragia en el lecho de las heridas y la integridad de los apósitos.
- Se asegura la correcta posición y funcionamiento de los accesos venosos.
- Confortabilidad general del paciente.

Finalmente se registrará todos los datos de interés en la historia del paciente y se actualizará el calendario de las próximas curas.

## RESULTADOS

La coordinación entre el servicio de Respuesta Rápida de la UCI y del Servicio de Plástica donde habitualmente se realizan las curas al paciente quemado, aporta una seguridad



plena durante el procedimiento tanto a los pacientes como a los profesionales, una monitorización adecuada del ritmo cardíaco, pulsioximetría, y presión arterial y una analgesia que disminuye la ansiedad y el dolor, sabiendo que ante cualquier eventualidad o efecto secundario el paciente será tratado con eficacia y efectividad. Esto concede un mayor rendimiento del procedimiento, da lugar a gran satisfacción de los profesionales del equipo multidisciplinar ante la buena tolerancia durante las curas y se logra una mejor respuesta al estrés, ansiedad y dolor por parte de los pacientes. Se comenzó a desarrollar la iniciativa de cooperación entre ambos servicios hospitalarios en el año 2017, hasta marzo de 2020, donde se produjo un periodo de pausa debido a la actual pandemia por COVID -19. Por lo que la factibilidad del proyecto era óptima; en segunda instancia se desarrollaron los objetivos a cumplir con el proyecto y el diseño de las estrategias de acción.

La cantidad de enfermos beneficiados por la nueva iniciativa es todavía muy baja, inferior a diez casos (fotos 3, 4, 5, 6,7), realizándose en cada uno de esos diez pacientes curas diarias/ alternas durante un periodo de entre 10-15 días y, aunque el rodaje en el tiempo es muy escaso, los casos tratados presenten como resultados, los siguientes:

- Mayor confortabilidad en los pacientes en todos los casos tratados. Se les aporta seguridad y yugulación del dolor.

- Mayor satisfacción en los profesionales del equipo de cirugía plástica del HUCA en todas las curas realizadas.
- Menor probabilidad teórica de eventos adversos que en la realización anterior estándar de las curas, lo que se tradujo en la práctica en la ausencia de eventos adversos en todos los procedimientos realizados hasta la fecha.
- La existencia de profesionales de la sanidad en el equipo de cuidados intensivos satisfechos con la labor asistencial y con los logros realizados.



Foto 3. Quemadura química por ácido.



Foto 4. Quemadura por líquido caliente.



Foto 5. Quemadura por llama.

# Revisión

Sedoanalgesia en el tratamiento local hospitalario del paciente quemado. La seguridad como principio fundamental



Foto 6. Secuelas de gran quemado por llama.

- No se constató intolerancia o mal manejo del nivel del dolor en ninguno de los procedimientos llevados a cabo. Se verificó una buena adaptación de las dosis de las medicaciones analgésicas y sedantes a las necesidades de los pacientes.



Foto 8. Quemadura por llama.

- No hubo ninguna hemorragia en el lecho de las heridas y ninguna alteración importante en las quemaduras tratadas en ninguno de los procedimientos.
- Se constató una optimización de los recursos tanto materiales como humanos en todos los procedimientos.
- El estudio del calendario de curas periódicas adaptadas a las necesidades de cada paciente dio lugar a una optimización de los tiempos de los profesionales implicados dando lugar a un aumento significativo de la eficacia y eficiencia global del procedimiento.

En cuanto al mecanismo productor de la lesión por quemadura, un 60% fue por llama, un 20% por líquido caliente y 20% por productos químicos. La distribución por sexos de esos diez casos fue un 50% de sexo masculino, 50% de sexo femenino. La edad media de los pacientes afectados: 46,5 años. La extensión media de las zonas anatómicas afectadas resultó en un 14,8%. El 70% de casos precisó de cura diaria y un 30 % de curas a días alternos. En el 100% de los casos las lesiones se constituían por destrucción dérmica profunda. La evolución favorable de las lesiones en estadiaje de días fue de 19 días de media.

A través de ésta nueva estrategia de intervención se consigue aumentar la calidad asistencial prestada y la seguridad durante todo el procedimiento al paciente, con lo que los resultados obtenidos en los casos tratados aportan una serie de beneficios.

1. El aumento de la excelencia clínica desarrollada por los profesionales implicados.





Foto 7. Quemadura por deflagración.

2. Una correcta y eficaz planificación y uso de los recursos humanos y materiales existentes.
3. Lograr el impulso de políticas sanitarias correctas y eficaces.
4. Lograr la promoción de la salud, la protección de los pacientes y la prevención de cualquier evento adverso.

## CONCLUSIONES

La metodología realizada durante el procedimiento conlleva una transformación y optimización de las actuaciones y acciones llevadas a cabo hasta la fecha, como elemento de nueva estrategia en calidad y seguridad asistencial. La iniciativa del manejo, control y atención durante el proceso

de curas de un paciente quemado en el servicio de cirugía plástica por parte del equipo de la UCI sin paredes es algo, por tanto, novedoso en la literatura científica. Sin embargo, es un campo de actuación que a priori puede dar grandes beneficios al paciente quemado y al equipo que lo atiende durante el proceso crítico de las curas programadas según las lesiones cutáneas existentes y evolución de las mismas, cuestión clave ésta para que comenzáramos a llevar a cabo dicho proyecto. El manejo analgésico y sedante adecuado en pacientes con quemaduras influye de manera positiva en el resultado del tratamiento general. Durante el tiempo en que el servicio de Respuesta Rápida y el Servicio de Plástica hemos trabajado conjuntamente ha dado lugar a que la experiencia puesta en marcha sea muy satisfactoria para ambas partes sin olvidar que el principal beneficiario es nuestro paciente. Los pacientes cuando se enfrentan a un problema de salud nos demandan una serie de cuestiones totalmente razonables y legítimas dónde la cuestión de no pasar dolor durante el procedimiento de curas de sus lesiones y posteriormente a ellas, es de importancia de primer nivel y la satisfacción del paciente irá, lógicamente supeditada a la consecución de tan vital objetivo. Desde nuestro punto de vista como profesionales de la salud dicha cuestión también es prioritaria ya que da seguridad en el procedimiento y libera de angustia a los profesionales al ver que sus pacientes están confortables y sin dolor.

Concluimos que el manejo analgésico es el adecuado en pacientes con quemaduras y se ven reducidas las posibilidades de eventos adversos. Sin embargo, llevamos poco tiempo de rodaje y experiencia en la nueva iniciativa y los paciente beneficiados por la misma son todavía en un número muy reducido, pero hemos determinado seguir con tal iniciativa debido a sus perspectivas excelentes.

Los retos del nuevo siglo en temas de calidad asistencial y seguridad hospitalaria nos hace ser conscientes de la necesidad de la implementación de iniciativas en éste sentido en el hospital y también en otros niveles asistenciales. Es una gran responsabilidad, pero también una gran oportunidad de dar a nuestros pacientes el mejor trato basado en la calidad y en la seguridad. ●

N. B. Las fotos de los pacientes han sido tomadas con el consentimiento informado expreso de los pacientes.



## Bibliografía

- [1] CASTILLO D- P. Quemaduras. Conceptos para el médico general. Cuadernos de Cirugía, 2018; 17(1): 58-63. doi:10.4206/cuad.cir.2003;(17):1-10.
- [2] RIVERA-FLORES J, CAMPOS-VILLEGAS AF, VÁZQUEZ-TORRES J, ET AL. Manejo perianestésico del paciente con quemaduras. Rev Mex Anest. 2004; 27(1):57-65.
- [3] MARÍN DE LA CRUZ, D., GÓMEZ MORELL, P., PALAO DOMÉNECH, R. Actualización epidemiológica y mortalidad de quemados adultos en Cataluña (España). Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana [Internet]. 2005; 31(4):261-271. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365540070006>.
- [4] MARTÍN ESPINOSA NM, PÍRIZ CAMPOS RM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves Revista Rol de Enfermería 2014;37(2): 100-109.
- [5] ABELLA ÁLVAREZ A, TORREJÓN PÉREZ I, ENCISO CALDERÓN V, HERMOSA GELBARD C, ET AL. Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes en riesgo. Medicina Intensiva 2013; 37(1): 12-18.
- [6] Pérez Niculca PN, Zuazua Rico D. Carga de trabajo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de adultos. Revisión sistemática. NURE investigación: revista científica de enfermería 2018; 15(93).
- [7] VALLS MATARÍN J, SALAMERO AMORÓS M, ROLDÁN GIL C. Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva 2015; 26 (2): 72-81.
- [8] RODRÍGUEZ PÉREZ P. Perspectiva histórica sobre la calidad de la atención sanitaria: evolución, tendencias y métodos. Arbor CLXX 2001; 670:371-381.
- [9] YOUNG P, HORTIS DE SMITH V, CHAMBI MC, FINN BC. Florence Nightingale, a los 101 años de su fallecimiento. Rev Med Chile 2011; 139: 807-813.
- [10] LATRACH AMMAR C ET AL. Aseguramiento de la calidad en la formación de las enfermeras desde la perspectiva de los procesos de acreditación nacional. Ciencia y Enfermería [Internet] 2009; 15 (2):79-94. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441799009>.
- [11] LÓPEZ MILLÁN JM, SÁNCHEZ BLANCO C. Utilidad de la Ketamina en el tratamiento del dolor agudo y crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor 2007; 14 (1).
- [12] LÍCEA MARTÍNEZ JC, Elección de la técnica anestésica del paciente quemado. Rev. de Anestesiología 2014; 37 (1): 232-234.
- [13] GLASCA PLANCARTE JD. Anestesia en el paciente quemado. Rev. de Anestesiología 2013; 36 (1): 327-330.
- [14] BARBABOSA BALANZARIO ET AL. Manejo anestésico de microstomía secundaria a quemadura severa. Anest. Méx. 2018; 30 (22).
- [15] CASTILLO MUÑOZ FI, CÉSPEDES GUIRAO FJ, NOVO TORRES A, LORDA BARRAGUER E. Análisis retrospectivo de 23 años de necrólisis epidérmica tóxica en la unidad de quemados de Alicante, España. Cir. Plást. Ibero-latinoam. 2014; 40 (3): 279-294.