



Sección de Enfermería
Universidad de La Laguna

Afectación de la calidad de vida del paciente gran quemado. Una revisión bibliográfica

Autora. Paula Pérez Casañas

Tutor. Cristo Manuel Marrero González

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Mayo/2024

RESUMEN

Introducción: El paciente gran quemado enfrenta desafíos físicos, psicológicos y sociales durante todas sus etapas de tratamiento. Este estudio se centra en comprender el impacto que sufre el paciente gran quemado en su calidad de vida. Objetivos: Los objetivos de este estudio son identificar los principales campos afectados, los factores físicos y psicológicos influyentes y las variables que mejoran su bienestar. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de los estudios publicados entre 2014 y 2024. Resultados: Se utilizaron los recursos bibliográficos Pubmed, Scielo, Cinahl, Dialnet, Science direct, Web of Science, Scopus y Punto Q y se incluyeron un total de 11 estudios en el presente trabajo. Se declaró que hay diversos factores como el estrés postraumático, la extensión de las quemaduras, las relaciones personales o la duración de la estancia son determinantes en su calidad de vida y que su vida y bienestar se ven afectados en diferentes ámbitos. Por otra parte, se observa que existen estrategias de afrontamiento como la atención plena que pueden mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Conclusiones: Se resalta la complejidad de la recuperación del paciente gran quemado además de la necesidad de comprender y abordar todos los aspectos del paciente para promover una recuperación efectiva y su reintegración a su vida cotidiana con la mejor calidad de vida posible.

Palabras clave: Gran quemado, Quemado, Quemaduras, Calidad de vida, Recuperación

ABSTRACT

Introduction: The severely burned patient faces physical, psychological, and social challenges throughout all stages of treatment. This study focuses on understanding the impact suffered by severely burned patients on their quality of life. **Objectives:** The objectives of this study are to identify the main affected areas, influential physical and psychological factors, and variables that enhance their well-being. **Methodology:** A narrative literature review of studies published between 2014 and 2024 was conducted. **Results:** Bibliographic resources from Pubmed, Scielo, Cinahl, Dialnet, Science Direct, Web of Science, Scopus, and Punto Q were utilized, and a total of 11 studies were included in this work. It was found that various factors such as post-traumatic stress, the extent of burns, personal relationships, or length of stay are determinants of their quality of life, affecting their life and well-being in different domains. Additionally, coping strategies such as mindfulness were observed to potentially improve the quality of life for these patients. **Conclusions:** The complexity of the recovery of severely burned patients is highlighted, along with the need to understand and address all aspects of the patient to promote effective recovery and their reintegration into daily life with the best possible quality of life.

Keywords: Severe burns, Burned, Burn injuries, Quality of life, Recovery

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 ¿QUÉ ES UN GRAN QUEMADO?	1
1.3 ANATOMÍA Y FUNCIONES DE LA PIEL	2
1.4 EVALUACIÓN DE LAS QUEMADURAS	3
1.5 AFECTACIÓN MULTISISTÉMICA	6
1.6 GASTO SANITARIO	7
1.7 CUIDADOS DEL GRAN QUEMADO	8
1.8 REHABILITACIÓN	11
1.9 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE: JUSTIFICACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO	12
2. OBJETIVOS	12
3. METODOLOGÍA	12
3.1 DISEÑO	12
3.2 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	13
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	13
3.4 CRONOLOGÍA	14
4. RESULTADOS	15
5. DISCUSIÓN	18
6. CONCLUSIÓN	20
7. LIMITACIONES	20
8. BIBLIOGRAFÍA	21
9. ANEXOS	27

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN

Las quemaduras representan un desafío en el ámbito sanitario y concretamente en España, según el Ministerio de Sanidad, 7-8 de cada 100.000 habitantes precisan de ingreso hospitalario en centros de grandes quemados⁽¹⁾. Estas lesiones cutáneas no sólo afectan a nivel físico sino que pueden llegar a ser incapacitantes e impactar gravemente en aspectos psicológicos y sociales influyendo en el estilo de vida del paciente.

Es fundamental comprender que la rehabilitación y recuperación del paciente gran quemado es larga y compleja y no sólo hace referencia al daño físico y su recuperación sino también incluye la aceptación, adaptación y reintegración del paciente a su vida cotidiana y a sus actividades comunitarias y económicas⁽²⁾. Para ello es muy importante la actuación del equipo sanitario además de la participación del entorno del paciente como sus familiares o amigos.

En este trabajo se realizará una revisión de los aspectos que pueden influir en la calidad de vida del paciente gran quemado y las intervenciones que pueden ayudar a mejorar su calidad de vida a largo plazo. Con esta revisión se quiere reflejar que la salud del paciente gran quemado se debe tratar en su totalidad y se debe tener en cuenta la importancia de la rehabilitación, contribuyendo a que el paciente pueda tener la mayor calidad de vida posible y fomentar su bienestar.

1.2 ¿QUÉ ES UN GRAN QUEMADO?

Se hace referencia a un paciente “gran quemado” como aquel que sufre de lesiones causadas por un daño térmico considerándolo como un paciente politraumatizado⁽³⁾ y que implica una serie de criterios de gravedad (Tabla 1).

Criterios que definen al paciente gran quemado
SCQ superior al 25% en adultos o al 20% en edades extremas
Quemaduras profundas superiores al 10%
Quemaduras que afectan a cara y/o cuello

Quemaduras por inhalación
Traumatismo asociado
Quemaduras en pacientes con enfermedades de base graves (ASA II o mayor)

Tabla 1: Criterios que definen al paciente gran quemado⁽⁴⁾. Elaboración propia.

1.3 ANATOMÍA Y FUNCIONES DE LA PIEL

La piel, el órgano más extenso del cuerpo humano, desempeña diversas funciones entre las que se encuentran la protección, termorregulación, sensación, secreción, excreción, producción de vitamina D y función inmunológica⁽⁵⁾.

En primer lugar, la piel protege al organismo ante diversos factores como pueden ser agentes externos, traumatismos o el sol, absorbiendo las radiaciones ultravioletas de manera que evita su paso a zonas más vulnerables. Al mismo tiempo, la piel impide la pérdida de electrolitos y agua del organismo⁽⁵⁾.

En segundo lugar, la piel se encarga de la regulación de la temperatura corporal ya que dependiendo de la temperatura, se producirá la vasoconstricción o vasodilatación. En caso de altas temperaturas, los vasos sanguíneos se dilatan y cuando este mecanismo no es suficiente para equilibrar la temperatura corporal⁽⁶⁾, se activan las glándulas sudoríparas produciendo sudor para refrescar la superficie de la piel⁽⁵⁾.

En tercer lugar, otra de las funciones de la piel es la de sentir diferentes fenómenos como, por ejemplo, la presión, el tacto, el dolor o el prurito⁽⁵⁾.

En cuarto lugar, la función secretora se puede observar, por ejemplo, a través de la producción del sebo por las glándulas sebáceas o la leche materna por las glándulas mamarias⁽⁵⁾.

En el caso de la función excretora, la piel elimina sustancias de desecho, agua y sales⁽⁷⁾.

En cuanto a la vitamina D, la piel es la mayor fuente de producción de esta vitamina ya que se obtiene el colecalciferol (vitamina D) a través de la reacción del 7-dehidrocolesterol con la luz solar a nivel cutáneo⁽⁸⁾.

Por último, cumple con una función inmunológica ya que a parte de ser la primera barrera entre el medio externo e interno del organismo, en la piel se produce la iniciación de la respuesta inmune ante un agente patógeno e intervienen diferentes células o moléculas que se encuentran en la piel como, por ejemplo, los queratinocitos o los péptidos antimicrobianos^(5,9).

Es importante destacar además que la piel está dividida en tres capas: epidermis, dermis e hipodermis. La epidermis es la capa superficial y fina de la piel y cuenta con diferentes células como queratinocitos, células merkel, melanocitos o células Langerhans⁽⁹⁾. La segunda capa es la dermis, que integra nervios, vasos sanguíneos y linfáticos, glándulas, estructuras de colágeno y diferentes células como fibroblastos⁽⁹⁾. Esta capa se subdivide en dermis papilar que es la capa más fina y superficial de la dermis y dermis reticular que es una capa más gruesa y profunda⁽¹⁰⁾. Finalmente, la hipodermis es la capa más profunda de la piel. Ésta se compone de grasa y colágeno además de algunos componentes vasculonerviosos. Esta última capa es de utilidad para conservar el calor o para absorber golpes o traumatismos^(5,11).

1.4 EVALUACIÓN DE LAS QUEMADURAS

1.4.1 PROFUNDIDAD

Dichas lesiones se pueden clasificar en quemaduras de primero, segundo y tercer grado dependiendo de su gravedad y profundidad.

En el caso de las quemaduras de primer grado, son de pronóstico menos grave y afectan a la capa más superficial de la piel, la epidermis. Estas quemaduras tienen un aspecto rojizo o rosado, sin llegar a presentar ampollas y son dolorosas. Un claro ejemplo de este tipo de quemaduras son las solares^(12,13).

Por otro lado, dentro de las quemaduras de segundo grado se encuentran las superficiales y las profundas. En primer lugar, las superficiales se caracterizan lesionan la dermis papilar sin llegar a la dermis reticular, de manera que se observa la coloración de la zona de color rojo, dolorosas, con presencia de exudado y la formación de ampollas debido a la filtración de suero desde los capilares sanguíneos^(12,14). En segundo lugar, las quemaduras de segundo grado profundas dañan gran parte de la dermis, incluida la dermis

reticular. Su aspecto es rojo, exudativo y sin blanqueamiento a la presión ni ampollas, presenta zonas blanquecinas y dolor intenso^(12,15).

Por último, se encuentran las quemaduras de tercer grado siendo estas las más graves. Estas quemaduras afectan a todos los tejidos de la piel además de que también puede afectar a tejido adiposo, nervios, músculos o huesos. Se identifican porque hay una pérdida de las capas de la piel y puede contener ulceraciones o escaras observándose habitualmente zonas carbonizadas o deshidratadas. También se caracterizan por una ausencia del dolor en la lesión ya que estas quemaduras pueden dañar el tejido nervioso⁽¹⁵⁾.

1.4.2 EXTENSIÓN

Para calcular la extensión total de las quemaduras en el paciente se usan habitualmente los siguientes métodos⁽¹²⁾:

- a) Regla de los 9 Wallace⁽¹²⁾. Este método se utiliza para valorar amplias áreas de manera rápida. Se debe tener en cuenta que no se aplica a quemaduras superficiales o en menores de 14 años (Figura 1).

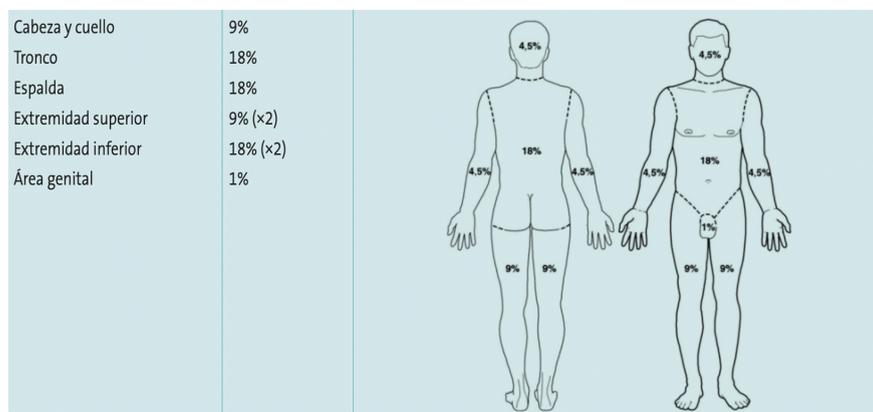


Figura 1: Regla de los 9 Wallace⁽¹²⁾

- b) Tabla de superficie corporal total (SCT) modificada según Lund-Browder⁽¹²⁾. Esta regla se usa para valorar las quemaduras con mayor determinación y de manera más concreta y se puede utilizar en personas de cualquier edad. Se debe tener en cuenta que esta tabla tampoco se aplica a quemaduras superficiales (Figura 2).

Zona*	<1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	Adulto
Cabeza	9,5	8,5	6,5	5,5	4,5
Cuello	1	1	1	1	1
Tronco	13	13	13	13	13
Parte superior del brazo	2	2	2	2	2
Antebrazo	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Mano	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25
Muslo	2,75	3,25	4	4,25	4,5
Pierna	2,5	2,5	2,5	3	3,25
Pie	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
Nalga	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitales	1	1	1	1	1

Figura 2. Tabla de SCT modificada según Lund-Browder⁽¹²⁾

- c) La regla del 1 o de la palma de la mano⁽¹⁶⁾. Esta regla se utiliza especialmente en quemaduras irregulares y consiste en medir la quemadura con la mano del paciente, desde el borde de la muñeca de la palma de la mano hasta la punta de los dedos, representando el 1% de la superficie corporal quemada. Esta regla sirve tanto en niños como en adultos y puede complementar a otros métodos de valoración como, por ejemplo, la regla de los 9 Wallace.

1.4.3 ZONAS CRÍTICAS

Otro de los aspectos importantes al evaluar la gravedad de una quemadura es la zona corporal en la que se encuentra. Existen zonas que son más críticas debido a que tienen mayor riesgo de una recuperación problemática con secuelas⁽¹⁵⁾. Estas áreas son: cara, cuello, extremidades (pies y manos), periné y zonas de flexión⁽¹²⁾.

1.4.4 CRITERIOS DE GRAVEDAD

La American Burn Association ha publicado una clasificación que sirve de referencia para poder determinar la gravedad de las quemaduras (Figura 3). En ella se evalúan estas lesiones considerando la profundidad, la superficie total quemada, el tipo de quemadura y la zona quemada⁽¹⁶⁾.

Quemadura menor	<ul style="list-style-type: none"> • ≤15 % SCQ de primer o segundo grado en adultos • ≤10% de SCQ de primer o segundo grado en niños • ≤2% SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura moderada	<ul style="list-style-type: none"> • 15-25% de SCQ de segundo grado en adultos • 10-20% de SCQ de segundo grado en niños • 2-10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura mayor	<ul style="list-style-type: none"> • >25% de SCQ de tercer grado en adulto • >20% de SCQ de segundo grado en niños • >10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos • Quemaduras de segundo y tercer grado que involucran ojos, oídos, orejas, cara, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales • Todas la lesiones inhalatorias con o sin quemaduras • Quemaduras eléctricas • Quemaduras químicas en áreas como cara, párpados, orejas, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales • Quemaduras asociadas a traumatismos • Quemaduras en personas de alto riesgo: diabetes, desnutrición, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, alteraciones sanguíneas, sida u otras enfermedades inmunodepresoras, cáncer

Figura 3. Criterios de gravedad según la American Burn Association⁽¹²⁾

1.5 AFECTACIÓN MULTISISTÉMICA

En el paciente gran quemado no sólo hay una afectación a nivel cutáneo y local sino que se generan diversas alteraciones sistémicas en el organismo ya que se produce un edema debido al aumento de la permeabilidad vascular y por tanto una salida de líquidos al espacio intersticial. Esto provoca una hipovolemia y se producen alteraciones a nivel hematológico, cardiovascular, renal, metabólico, inmunológico, gastrointestinal, hidroeléctrico y respiratorio⁽¹⁷⁾.

Comenzando por las alteraciones hematológicas, en el paciente gran quemado se produce una trombocitopenia además de una síntesis incompatible de los factores de coagulación. También, aunque hay una pérdida de glóbulos rojos, el paciente sufrirá una hemoconcentración ya que la cantidad de líquido intravascular perdido será mayor que la de los eritrocitos⁽¹⁷⁾.

Siguiendo con las alteraciones cardiovasculares, el edema e hipovolemia producido por la salida del líquido intravascular, afectará a nivel cardiovascular ya que se genera un descenso del retorno venoso, un incremento de la resistencia vascular periférica y una disminución del gasto cardiaco. Esto se traduce en que el paciente va a presentar taquicardia y la tensión arterial baja^(17,18).

Asimismo, en el paciente se producen alteraciones renales siendo habitual la oliguria o incluso insuficiencia renal debido al descenso del flujo renal junto con la tasa de filtración glomerular^(17,18).

De igual manera en el caso de las alteraciones gastrointestinales, la hipovolemia genera una hipoperfusión del sistema gastrointestinal pudiendo producir un íleo paralítico o úlceras gastroduodenales en el paciente⁽¹⁷⁾.

En cuanto a las alteraciones metabólicas, hay una afectación del ácido láctico puesto que aumenta su fabricación además de que se genera una acidosis metabólica como consecuencia de la hipovolemia y la hipoperfusión tisular⁽¹⁸⁾.

También se encuentran alteraciones a nivel inmunológico ya que el paciente gran quemado se va a encontrar inmunosuprimido siendo esta alteración equivalente a la superficie corporal quemada. Es importante mencionar que las infecciones son el origen más habitual de morbilidad en este tipo de pacientes siendo la neumonía la más frecuente⁽¹⁷⁾.

En el caso de las alteraciones respiratorias, en el paciente gran quemado puede haber daño por inhalación. En este caso, se desarrolla carboxihemoglobina y el oxígeno transportado a los tejidos será escaso⁽¹⁸⁾. Además, el paciente puede sufrir de un descenso del surfactante pulmonar, edemas en el sistema respiratorio o colapso alveolar⁽¹⁷⁾.

Por último, las alteraciones hidroeléctricas principalmente consisten en que durante las primeras horas hay un aumento del sodio y del potasio⁽¹⁷⁾.

Se debe señalar que en este tipo de pacientes se destaca la “*triada letal*” que pone en riesgo la vida del paciente y que consiste en una mezcla de alteraciones: hipotermia, acidosis y coagulopatía⁽¹⁹⁾.

1.6 GASTO SANITARIO

El tratamiento del paciente gran quemado ocasiona un gasto sanitario que se debe considerar a la hora de administrar los recursos para su mejoría.

Este gasto se puede ver reflejado en las curas de las quemaduras. Según un informe del Servicio Gallego de Salud, en 2019 se distribuyeron 3988 millones de euros de los cuales alrededor del 2-3% se destinó a apósitos para las heridas⁽²⁰⁾.

Además, el paciente gran quemado implica un paciente politraumatizado⁽³⁾ que tiene diversas afectaciones multisistémicas y que conlleva un tratamiento más complejo y costoso. Según un estudio realizado, se calcula que el coste por paciente politraumatizado es de 28.945€⁽²¹⁾.

1.7 CUIDADOS DEL GRAN QUEMADO

Los cuidados del paciente gran quemado son de gran importancia para su recuperación y bienestar. Enfermería desempeña un papel fundamental en este proceso de atención que incluye unos cuidados integrales y un abordaje biopsicosocial⁽²²⁾.

1.7.1 CUIDADOS INVISIBLES

En el paciente gran quemado también influyen los cuidados invisibles en su recuperación y bienestar. Los cuidados invisibles consisten en aquellos que no son registrables o que no son fácilmente medibles y que ayudan a la recuperación y bienestar de la persona^(23,24). La autora Colliere ya menciona este tipo de cuidados que incluyen actuaciones como la escucha activa, estar pendientes de detalles, ser cuidadoso, preocuparse por la persona, acomodar al paciente, etc^(25,26). Muchas de estas acciones, como indica Colliere, no se hacen de manera visible pero son cuidados igual o más importantes que los demás y que ayudarán al bienestar del paciente⁽²³⁾. Estos cuidados podrán ayudar al paciente gran quemado a aliviar su sufrimiento y se sentirá apoyado en su recuperación⁽²⁴⁾.

1.7.2 VIRGINIA HENDERSON Y DOROTHEA OREM

Para llevar a cabo los cuidados del paciente gran quemado se puede seguir la teoría de Virginia Henderson, considerando que el objetivo final es que el individuo alcance un estado de independencia y retorno a su vida cotidiana con un máximo nivel de funcionalidad posible⁽²⁷⁾.

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, se valorará y se asistirá al paciente gran quemado de manera biopsicosocial y en las 14 necesidades básicas de Henderson que incluyen la respiración, comer y beber, eliminación de desechos corporales, movilidad y posturas apropiadas, el descanso y sueño, mantener la temperatura corporal en sus rangos correspondientes, buena higiene corporal, evitar peligros en el entorno y evitar herir a otros, expresar emociones, necesidades y temores, actuar según sus propias creencias y valores, trabajar en algo que sea reconfortante para la persona y se sienta realizada, implicarse en actividades recreativas y la necesidad de aprender o resolver la curiosidad que orienta al progreso y a la salud normal⁽²⁷⁾. La actuación de enfermería se enfoca en ayudar al paciente a satisfacer estas necesidades con un enfoque integral siendo importante tanto la gestión del dolor o cuidados de las heridas del paciente gran quemado hasta el apoyo psicológico promoviendo la recuperación y reinserción del paciente a su vida cotidiana⁽²⁷⁾.

Por otro lado, la teoría de Dorothea Orem también es importante y se puede aplicar en el paciente gran quemado. En este caso, se enfoca en que el autocuidado es una acción aprendida por el paciente y que está dirigida hacia el mantenimiento de salud y bienestar. Esta teoría se adapta al paciente gran quemado a través del desarrollo y promoción de su capacidad para desarrollar las actividades del autocuidado de manera gradual⁽²⁸⁾. Esto incluye actividades como, por ejemplo, la educación sobre el manejo del dolor o el cuidado de herida así como estrategias para afrontar el estrés y la ansiedad relacionados con su situación ya que Orem también describe la salud como un proceso dinámico y que puede sufrir cambios⁽²⁹⁾. En conclusión, la enfermería, según Orem, actúa guiando al paciente en el aprendizaje y la ejecución de prácticas de autocuidado adaptadas a sus necesidades específicas tras el trauma de las quemaduras con el fin de lograr su autonomía e independencia⁽³⁰⁾.

1.7.3 PLAN DE CUIDADOS GENERALIZADO

Plan de Cuidados		
Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervenciones NIC
[00085] Deterioro de la movilidad física	[0208] Movilidad [2102] Nivel del dolor	[0224] Terapia de ejercicios: movilidad articular
[00046] Deterioro de la	[1101] integridad tisular: piel	[3661] Cuidados de las

integridad cutánea	y membranas mucosas [1107] Recuperación de las quemaduras [1106] Curación de las quemaduras	heridas: quemaduras [3590] vigilancia de la piel
[00029] Disminución del gasto cardíaco	0400 Efectividad de la bomba cardíaca	[6680] Monitorización de los signos vitales [4040] Cuidados cardiacos [6200] Cuidados en la emergencia
[00132] Dolor agudo	[2102] Nivel del dolor [0004] Sueño [1212] Nivel de estrés	[2210] Administración de analgésicos [1400] Manejo del dolor [5270] Apoyo emocional
[00039] Deterioro del intercambio de gases	[0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso	[3390] Ayuda a la ventilación [3350] Monitorizar el estado respiratorio, según corresponda [3320] Oxigenoterapia
[00004] Riesgo de infección	[1913] Severidad de la lesión física [1101] Integridad tisular: Piel y membranas mucosas [1106] Curación de las quemaduras	[3661] Cuidados de las heridas: quemaduras [3590] Vigilancia de la piel [6540] Control de infecciones
[00027] Déficit del volumen de líquidos	[0602] Hidratación [0601] Equilibrio hídrico [0800] Termorregulación [1107] Recuperación de las quemaduras	[2080] Manejo de líquidos/electrolitos [4200] Terapia intravenosa [4260] Prevención del shock [6680] Monitorización de los signos vitales [0590] Manejo de la eliminación urinaria
[00006] Hipotermia	[0800] Termorregulación	[3800] Tratamiento para la

		hipotermia
[00118] Trastorno de la imagen corporal	[1216] Nivel de ansiedad social [1210] Nivel de miedo [0918] Atención al lado afectado	[5400] Potenciación de la autoestima [4920] Escucha activa [5880] Técnica de relajación
[00145] Riesgo de síndrome postraumático	[1205] Autoestima [1309] Resiliencia personal	[8340] Fomentar la resiliencia [6040] Terapia de relajación

Tabla 2. Plan de cuidados estandarizado del paciente gran quemado^(22,31,32). Elaboración propia.

1.8 REHABILITACIÓN

La rehabilitación del paciente gran quemado es un componente determinante en el proceso de recuperación y de integración del mismo a su vida cotidiana. La rehabilitación en el paciente gran quemado no solo incluye el restablecimiento de la función física sino también de los aspectos emocionales, sociales y funcionales.

La fase de rehabilitación irá desde el final de la fase aguda y la curación de las quemaduras hasta la reconstitución de las funciones del individuo tanto físicas como psicosociales^(31,33). En este proceso es importante la intervención temprana de fisioterapia y adaptar estas intervenciones a las necesidades del paciente. Generalmente se realizan ejercicios enfocados a fortalecer los músculos, mejorar la respiración o trabajar la flexibilidad⁽³⁴⁾.

Por otra parte, dentro de la rehabilitación del paciente gran quemado también se incluye la salud mental ya que presenta riesgo de sufrir alteraciones⁽³⁴⁾. En este tipo de paciente es importante incluir intervenciones psicológicas para permitir la adaptación psicosocial y la aceptación de los posibles cambios físicos o nuevas discapacidades del paciente como resultado de las quemaduras⁽³⁵⁾. Estas intervenciones también se adaptarán al paciente y podrán valorarse variables como la ansiedad o el estado de shock tras el trauma⁽³⁵⁾.

1.9 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE: JUSTIFICACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO

Para poder hacer referencia a la calidad de vida del paciente gran quemado se valorará la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que es una forma de medir la manera de cómo el paciente ve y experimenta su bienestar considerando su salud física, mental y social después de sufrir una lesión o enfermedad⁽³⁶⁾. En concreto, factores como la gravedad de las quemaduras y la localización de las mismas en manos y cara además de la edad del paciente se asocian a una peor percepción de la CVRS en este tipo de pacientes. También circunstancias como pasar mucho tiempo en cuidados intensivos, la amputación de miembros, la falta de apoyo emocional, los cambios de la imagen corporal o la imposibilidad de reintegrarse en el trabajo influyen directamente en esta mala percepción de la salud⁽³⁷⁾.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Revisar como la calidad de vida del gran quemado se ve afectada según los estudios publicados entre 2014 y 2024.

Objetivos específicos:

- Identificar los principales campos afectados de la calidad de vida en el paciente gran quemado.
- Identificar los factores físicos y psicológicos que impactan la calidad de vida del paciente gran quemado.
- Determinar variables que mejoran la calidad de vida en el gran quemado.

3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO

El presente trabajo se centra en realizar una revisión bibliográfica narrativa con la finalidad de determinar, analizar y valorar la literatura existente y relevante sobre la

afectación de vida del paciente gran quemado y de esta manera poder interpretar los conocimientos sobre este tema⁽³⁸⁾.

3.2 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Para poder realizar esta búsqueda bibliográfica se han empleado diferentes recursos de búsqueda bibliográfica, concretamente Pubmed, Scielo, Cinahl, Dialnet, Science direct, Web of Science, Scopus y Punto Q. La herramienta Punto Q es el sistema de búsqueda de información de la Universidad de La Laguna que permite acceder a recursos como revistas, bases de datos, libros en formato electrónico o el acceso al catálogo de la Biblioteca Universitaria⁽³⁹⁾.

También, se ha utilizado el gestor bibliográfico Refworks para organizar y gestionar las referencias bibliográficas durante la búsqueda y el proceso de selección.

Además, se han utilizado los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Encabezados de Materia de la National Library of Medicine (MeSH) en los idiomas español, inglés y portugués para asegurar una búsqueda más efectiva y concreta (Tabla 3). Para combinar estos términos, se ha utilizado el operador booleano “AND”.

DeCS y MeSH		
Español	Inglés	Portugués
Quemaduras	Burns	Queimaduras
Unidades de quemados	Burn units	Unidades de queimados
Calidad de vida	Quality of life	Qualidade de vida
Apoio social	Social support	Apoio social
Rehabilitación	Rehabilitation	Reabilitação

Tabla 3. Descriptores DeCS y MeSH utilizados. Elaboración propia

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Por último, se han aplicado unos criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos (Tabla 4).

Criterios de inclusión y de exclusión	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios publicados entre los años 2014 y 2024	Estudios que no se hayan publicado entre el año 2014 y 2024.
Estudios publicados en los idiomas español, inglés y portugués.	Estudios que no estén publicados en los idiomas español, inglés o portugués.
	Estudios que no sean de investigación o revisiones.
	Estudios que no ofrezcan datos relevantes sobre la afectación de la calidad de vida del paciente gran quemado.
	Estudios a los que no se puede acceder de manera gratuita o su acceso es limitado.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión utilizados. Elaboración propia

3.4 CRONOLOGÍA

El estudio de revisión se ha llevado a cabo entre los meses de febrero y abril de 2024 (Tabla 5).

Cronograma				
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Marco Teórico				
Objetivos				
Material y Método				
Resultados				

Cronograma				
Conclusiones				
Limitaciones				

Tabla 5. Cronograma. Elaboración propia

4. RESULTADOS

En la búsqueda inicial en las bases de datos, se obtuvieron un total de 6172 registros. Tras la eliminación de los duplicados 5868 registros se expusieron a la revisión de título y resumen de los cuales se excluyeron 5671 registros debido a que no cumplían los criterios de inclusión del presente estudio. Finalmente, se evaluó el texto completo de los 197 registros restantes y se excluyeron 184 ya que no cumplían los criterios de inclusión o carecían de relevancia para cumplir los objetivos de esta revisión y se incluyeron un total de 11 registros para el presente trabajo (Figura 4).

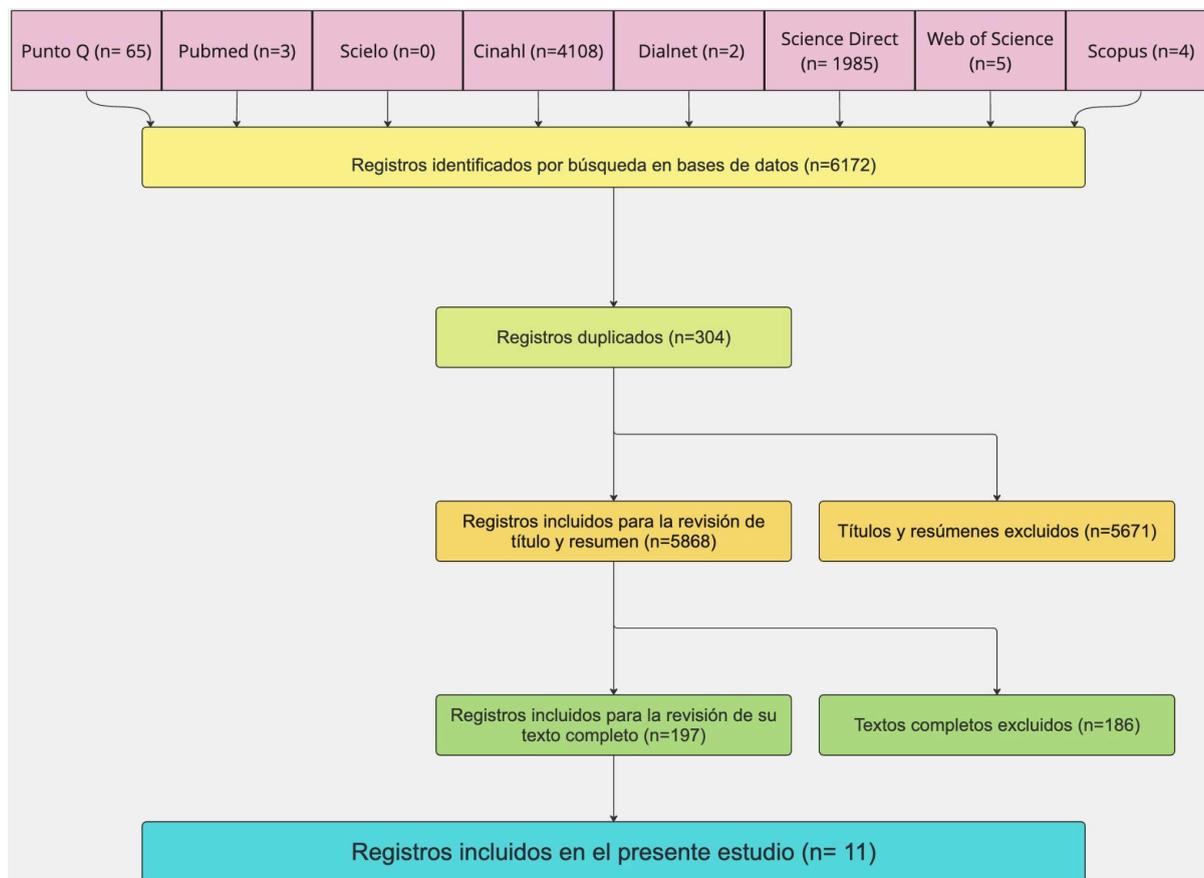


Figura 4. Flujograma. Diagrama que muestra el proceso de selección de los artículos incluidos. Elaboración propia realizada con la herramienta Miro®.

Los estudios incluidos ofrecen diferentes ideas y datos que pueden aportar información para cumplir los objetivos del presente trabajo (ANEXO I). Por un lado, los autores Cakir, U. et al.⁽⁴⁰⁾ hablan en su estudio del impacto del estrés postraumático (PTSD) en la calidad de vida de los pacientes con quemaduras graves que han estado ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Demostraron que hay una asociación entre el tiempo transcurrido desde la quemadura hasta el inicio del PTSD y que a ello se le relaciona además otros componentes como la ubicación y gravedad de las lesiones. Asimismo, el PTSD influyó negativamente en la calidad de vida de los pacientes⁽⁴⁰⁾.

Por otro lado, los autores Moi, Asgjerd L. y Gjengedal, E.⁽⁴¹⁾ estudiaron el papel de las relaciones personales tras sufrir quemaduras graves y refieren que estas relaciones son fundamentales para la recuperación y calidad de vida de los pacientes quemados, abordando aspectos físicos y psicológicos influyentes en su bienestar. Además, en el estudio se muestra como las quemaduras no solo afectan al paciente sino también impacta en el círculo cercano y relaciones del paciente por lo que se crea una interdependencia ya que éstos también necesitan comprender y adaptarse a las nuevas necesidades del paciente⁽⁴¹⁾.

Otros autores como Kishawi, D. et al.⁽⁴²⁾ investigaron sobre la relación entre la superficie total quemada y duración de la estancia hospitalaria con la calidad de vida después de las lesiones por quemadura. La superficie total quemada (TBSA) y la duración de la estancia en el hospital (LOS) se correlacionaron y se asociaron negativamente con la calidad de vida, relaciones interpersonales, sensibilidad al calor así como la función sexual, social y laboral. Se proponen medidas como la rehabilitación vocacional y la atención de la salud mental para mejorar la recuperación de estos pacientes⁽⁴²⁾.

En el caso de Jawad, Ali M. et al.⁽⁴³⁾, realizaron una búsqueda sistemática sobre recuperar la independencia a nivel funcional en un paciente gravemente quemado. Los factores demográficos, agudos y post-agudos fueron determinantes para la recuperación de los pacientes y su calidad de vida. En este estudio se indica la complejidad de la recuperación después de una quemadura grave siendo fundamental abordar los factores anteriormente mencionados para mejorar la calidad de vida de los pacientes quemados⁽⁴³⁾.

También los autores Wasiak, J. et al.⁽⁴⁴⁾ investigaron sobre la calidad de vida de los pacientes quemados y su recuperación. Observaron que hubo una disminución del funcionamiento físico a los 3 meses que mejoró pero de manera limitada hasta los 12

meses. Los pacientes con un estado más grave de quemaduras vivieron una peor recuperación física, mental y social por lo que recomiendan intervenciones específicas en los programas de rehabilitación en estos pacientes así como una evaluación continua de las intervenciones⁽⁴⁴⁾.

Con respecto a los autores Al-Ghabeesh, Suhair H. y Mahmoud, Mohannad M.⁽⁴⁵⁾, se centraron en el papel de la atención plena para mejorar la calidad de vida de los pacientes supervivientes de quemaduras. En el estudio se menciona que la atención plena es una estrategia para influir y abordar la calidad de vida de estos pacientes ayudando a reducir el estrés y mejorar la claridad mental⁽⁴⁵⁾.

Siguiendo con los autores Stavrou, D. et al.⁽⁴⁶⁾, realizaron una revisión sobre la calidad de vida del paciente quemado y explican que las conclusiones cambian dependiendo del estudio y esto lo atribuyen a las diferencias entre los centros hospitalarios de estudio y las culturas. Los autores de este estudio determinan finalmente que se debe realizar una evaluación con instrumentos validados para obtener resultados más objetivos⁽⁴⁶⁾.

Los autores Hsu, K. et al.⁽⁴⁷⁾ valoran por su parte la diferencia entre la calidad de vida percibida por los pacientes supervivientes de una explosión y por sus padres. Se encontraron diferencias entre ambas percepciones asociándolo al género de los padres, el nivel de los síntomas de TEPT o el área de quemadura de los pacientes. Hsu, K. et al. concluye coincidiendo con autores como Moi, Asgjerd L. y Gjengedal, E.⁽⁴¹⁾ en que las quemaduras no sólo afectan al paciente sino también a su entorno y acentúan la necesidad de un enfoque médico con mayor apoyo psicológico y educación para padres y pacientes para mejorar su bienestar⁽⁴⁷⁾.

Chen, P. et al.⁽⁴⁸⁾ estudian la calidad de vida del paciente quemado desde un enfoque psicológico, estudiando la relación entre la depresión, discapacidad y la calidad de vida del paciente después de las quemaduras así como las estrategias de afrontamiento. Estos autores encontraron que la depresión se relaciona positivamente con la discapacidad y negativamente con la calidad de vida. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, mientras que la evitación podría ser una estrategia adaptativa en la depresión y discapacidad, el optimismo influye positivamente en la calidad de vida del paciente⁽⁴⁸⁾.

En cuanto a los autores Abrams, Thereasa E. et al.⁽⁴⁹⁾, investigan sobre las percepciones y salud de los supervivientes a quemaduras incluyendo ámbitos de salud física, emocional e intelectual. Se destacaron variaciones en la adaptación y reintegración

del paciente a su vida dependiendo de la edad, circunstancias laborales y gravedad de las quemaduras pero muchos de ellos tuvieron la capacidad de reemprender sus actividades importantes. Igualmente, se resalta la importancia de un enfoque integral incluyendo rehabilitación física, psicológica y social y contribuir en la rehabilitación a largo plazo⁽⁴⁹⁾.

Para concluir, los autores Carrougher, Gretchen J. et al.⁽⁵⁰⁾ incluyen los casos de tres grandes quemados para mostrar sus vivencias después de las lesiones con respecto a diferentes aspectos como el empleo o la funcionalidad que afectan a su calidad de vida⁽⁵⁰⁾.

5. DISCUSIÓN

Los estudios presentados muestran cómo la calidad de vida del paciente con quemaduras graves se ve afectada globalmente siendo muy importantes la recuperación y reintegración del individuo a su vida cotidiana. Los autores evidencian que la calidad de vida de estos pacientes está influenciada por factores físicos, psicológicos y sociales y destacan tanto los desafíos como estrategias para mejorarla ya que es un procedimiento complejo. La atención integral así como la rehabilitación individualizada y especializada y el apoyo emocional son componentes esenciales para moderar el impacto negativo de las quemaduras graves y ayudar a una recuperación más completa.

Los autores de los estudios revisados coinciden mayoritariamente en que la vida de los pacientes quemados graves se ve afectada por diversos factores investigados en ellos. Autores como Cakir, U. et al.⁽⁴⁰⁾, Chen, P. et al.⁽⁴⁸⁾ o Kishawi, D. et al.⁽⁴²⁾ estudian estos factores influyentes en la calidad de vida del paciente quemado teniendo en cuenta componentes psicológicos como el trastorno de estrés postraumático o la depresión^(40,48) y físicos como, por ejemplo, la extensión de las quemaduras⁽⁴²⁾. Por otro lado, Moi, Asgjerd L. y Gjengedal, E.⁽⁴¹⁾ así como Hsu, K. et al.⁽⁴⁷⁾ tienen en cuenta el entorno y las relaciones personales del paciente para valorar cómo influyen éstas en su calidad de vida. La funcionalidad de los pacientes en la reintegración a su vida previa también es importante y autores como Jawad, Ali M. et al.⁽⁴³⁾ o Wasiak, J. et al.⁽⁴⁴⁾ también destacan este componente en la recuperación de los pacientes, mientras que Al-Ghabeesh, Suhair H. y Mahmoud, Mohannad M.⁽⁴⁵⁾ insisten también en la atención plena como estrategia de afrontamiento en esta recuperación. Favoreciendo la comprensión del estado de los pacientes después del accidente, los autores Abrams, Thereasa E. et al.⁽⁴⁹⁾ incluyen casos reales de tres grandes quemados en su estudio. Todos estos autores coinciden en que la rehabilitación del gran

quemado se debe ver desde una perspectiva amplia incluyendo factores físicos, sociales y psicológicos ya que es compleja y su calidad de vida se puede ver fácilmente afectada por muchos componentes.

Después de analizar los estudios, se puede destacar que los cuidados invisibles en la recuperación del paciente gran quemado pueden pasar desapercibidos ante las necesidades físicas más evidentes^(23,24). Colliere ya explica estos cuidados y cómo contribuyen a un mayor bienestar del paciente^(25,26). En este caso, acciones como la empatía, escucha activa o la atención a detalles tienen un impacto favorable en el paciente gran quemado puesto que se ha comprobado que aspectos emocionales y psicológicos son influyentes en su calidad de vida. Asimismo a través de estos cuidados invisibles se crea una atención holística y centrada en el paciente, favoreciendo de igual manera la relación y confianza con éste. Como bien mencionan Moi, Asgjerd L. y Gjengedal, E.⁽⁴¹⁾ el apoyo de los profesionales de la salud también fue de gran importancia para el paciente en todas las fases de atención por lo que estos cuidados pueden favorecer la rehabilitación y reintegración de estos pacientes influyendo de manera positiva en su calidad de vida.

Virginia Henderson y su teoría son fundamentales también para la recuperación del paciente en todos los aspectos y que alcance su estado de independencia y retorno a su vida cotidiana con su máximo nivel de funcionalidad posible⁽²⁷⁾. Como ya muestran Wasiak, J. et al⁽⁴⁴⁾ o Carrougner, Gretchen J. et al.⁽⁵⁰⁾ en sus estudios, ésta se ve afectada en los pacientes gravemente quemados por lo que es importante identificar las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y satisfacerlas de manera que se pueda cumplir este objetivo, abarcando de igual manera aspectos físicos, sociales y psicológicos.

Por otro lado, desde el enfoque de Dorothea Orem, se debe guiar al paciente en el aprendizaje y prácticas de autocuidado adaptadas a sus necesidades específicas con el objetivo de lograr su autonomía e independencia^(28,30). Este enfoque incluye actividades como el cuidado de las heridas o estrategias para afrontar el estado de la situación como pueden ser, por ejemplo, la atención plena mencionada por Al-Ghabeesh, Suhair H. y Mahmoud, Mohannad M.⁽⁴⁵⁾ en su estudio.

La teoría de Orem y la de Henderson son herramientas útiles para llevar a cabo los cuidados del gran quemado de manera completa, integral y favoreciendo su calidad de vida. Ambas teorías destacan la importancia de atender aspectos físicos, emocionales y sociales para una mejor recuperación del paciente al igual que los estudios incluidos en este trabajo.

6. CONCLUSIÓN

Esta revisión ha proporcionado una visión de las investigaciones existentes relacionadas con la afectación de la calidad de vida del gran quemado, ofreciendo una comprensión más amplia y detallada.

A través de esta revisión, se ha logrado cumplir los objetivos planteados en el presente estudio. Se ha observado cómo se ve afectada la calidad de vida del paciente quemado y sus principales aspectos como, por ejemplo, las relaciones sociales, la situación laboral o la funcionalidad del paciente. Además, se han identificado factores físicos y psicológicos que afectan a la reintegración del paciente a su vida cotidiana, tales como la extensión de las quemaduras, la duración de la estancia hospitalaria, las contracturas, el estrés postraumático, la depresión, la percepción de la imagen corporal, etc.

Sin embargo, se observan otros factores como, por ejemplo, el apoyo psicológico o las estrategias de afrontamiento que pueden mejorar la calidad de vida del paciente quemado. Estos resultados resaltan la complejidad de la experiencia de los pacientes gravemente quemados y se acentúa la importancia de abordar de manera integral los diversos aspectos que influyen en su calidad de vida.

Se debe considerar la complejidad de la recuperación del paciente gran quemado con el objetivo de lograr la mejor calidad de vida y la mayor funcionalidad posible contribuyendo de esta manera a su bienestar y reintegración en su vida cotidiana. Se hace evidente la necesidad de más investigaciones para profundizar y obtener más información sobre este tema logrando una mayor comprensión y desarrollando intervenciones específicas y efectivas que mejoren la calidad de vida del gran quemado.

7. LIMITACIONES

Las limitaciones de esta revisión sistemática son la falta de estudios específicamente centrados en pacientes definidos como “gran quemado”. Se encontraron investigaciones que abordaban pacientes con quemaduras menores, quemaduras en general y quemaduras graves pero ninguna cumplía específicamente con la descripción del paciente gran quemado según los criterios de este trabajo.

Debido a la falta de estudios que se ajustaran al completo a la definición del paciente gran quemado, se seleccionó aquellos estudios que se aproximaron más a esta definición. Se incluyeron aquellos que trataran de pacientes con quemaduras graves definidas mediante la superficie total quemada (TBSA) y dentro de ellos, los estudios con mayor porcentaje de TBSA o que incluyeran pacientes con quemaduras en áreas críticas como la cara y/o cuello para que estos estudios integrasen un mayor número de lo que en este estudio se define como gran quemado. Asimismo, se escogieron estudios que establecieran una relación entre la gravedad del paciente o la TBSA y su calidad de vida. De esta manera, se seleccionaron los estudios intentando captar información para el contexto del paciente gran quemado.

Esta limitación implica la necesidad de una mayor investigación y más concreta de los pacientes grandes quemados, ya que hay una falta de estudios dirigida exclusivamente a este grupo y que dificulta las conclusiones sobre la afectación de su calidad de vida. Concretamente, las investigaciones cualitativas serían de gran ayuda para comprender la afectación de la calidad de vida del gran quemado ya que esta metodología permite la exploración profunda de las vivencias individuales, sus condiciones o el contexto de las experiencias y contribuye al desarrollo de los cuidados individualizados e integrales que requieren este tipo de pacientes⁽⁵¹⁾.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. De sanidad M. Criterios, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud. En Ministerio de sanidad; [citado el 1 de febrero de 2024]. p. 1–14. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/QuemadosCriticos.pdf>
2. Leegstra. RC. Impacto de la continuidad terapéutica de personas con secuelas de quemaduras en su reinserción a la productividad [Internet]. [La Plata, Argentina]: Universidad Nacional de La Plata; 2021 [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35537/10915/136508>
3. López EM. Manejo Prehospitalario del Paciente Gran quemado [Internet]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca; mayo del 2018 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/137611/TFG_ManchaLopez_ManejoPrehospitalarioGranQuemado.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. Curiel Balsera E, Prieto Palomino MA, Fernández Jiménez S, Fernández Ortega JF, Mora Ordoñez J, Delgado Amaya M. Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado. *Med Intensiva* [Internet]. 2006 [citado el 1 de febrero de 2024];30(8):363–639. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800001
5. Eisman AB, Blanca JM, Camacho Martínez y. F. Anatomía y fisiología de la piel. En: J. Conejo-Mir, J. C. Moreno, F. M. Camacho, editor. *Berri.es* [Internet]. [citado el 12 de febrero de 2024]. p. 2–27. Disponible en: [https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20DE%20DERMATOLOGIA%E2%80%9A%20%20Vols.%20\(Tapa%20Dura\)/9788478856282](https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20DE%20DERMATOLOGIA%E2%80%9A%20%20Vols.%20(Tapa%20Dura)/9788478856282)
6. López Dávila AJ. Actualidad en termorregulación. *Pensar Mov Rev Cienc Ejerc Salud* [Internet]. 2014;12(2):1–36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6211290.pdf>
7. Silmar Cristo DC-D. Fisiología simplificada de los sistemas digestivo, circulatorio y excretor [Internet]. Health 4D International & Cooper Wellness Center; 2016 [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.drcooperlifecoaching.com/wp-content/uploads/2017/05/L2-SPANISH-SIS-TEMA-CIRCULATORIO-Y-DIGESTIVO-EXCRETOR.pdf>
8. Valero Zanuy MÁ, Hawkins Carranza F. Metabolismo, fuentes endógenas y exógenas de vitamina D. *Rev Esp Enferm Metab Óseas* [Internet]. 2007 [citado el 12 de febrero de 2024];16(4):63–70. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-reemo-70-articulo-metabolismo-fuentes-endogena-s-exogenas-vitamina-13108019>
9. Rozieres A, Bensaid B, Berard F. Sistema inmunitario cutáneo. *EMC - Dermatol* [Internet]. 2013;47(4):1–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1761-2896\(13\)65963-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1761-2896(13)65963-4)
10. Whittle P Carolina, Baldassare P Gina. Ultrasonografía de piel y anexos. *Rev. chil. radiol.* [Internet]. 2004 [citado 2024 Feb 11]; 10(2): 81-88. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082004000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082004000200007>
11. Valdés-Rodríguez R, Torres-Álvarez B, González-Muro J, Almeda-Valdés P. La piel y el sistema endocrinológico. *Gaceta médica de Me* [Internet]. 2012 [citado el 12 de febrero de 2024];148(2012):162–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2012/gm122g.pdf>
12. Santervás YF, Casas MM. Quemaduras. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría* [Internet]. 2020 [citado el 12 de febrero de 2024]. p. 275–87. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_quemaduras.pdf
13. Granado AEC, García. PL. Actuación de enfermería ante un gran quemado. Tratamiento y complicaciones[Internet]. *Enfermeriadeurgencias.com*. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en:

<http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/109.pdf>

14. González Bosquet L. Las quemaduras y su tratamiento. Offarm [Internet]. 2003 [citado el 12 de febrero de 2024];22(9):62–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-las-quemaduras-su-tratamiento-13053120>
15. Azcona Barbed L. Quemaduras. Farm Prof [Internet]. 2004 [citado el 12 de febrero de 2024];18(9):63–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-quemaduras-13068673>
16. Canelos-Moreno JA, Williams-Vargas LN, Hidalgo-Bermudez. CA. Quemaduras en pediatría. Perspectivas terapéuticas. Polo del Conocimiento [Internet]. 2021 [citado el 12 de febrero de 2024];6:612–30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8017004>
17. Ramírez CE, Ramírez B. CE, González LF, Ramírez N, Vélez K. Fisiopatología del paciente quemado. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud [Internet]. 2010 [citado el 16 de febrero de 2024];42(1):55–65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072010000100007&lng=en
18. Elía LT, Elía MT, Alloza MV, Sánchez ST, Rosa JS, Díez VBH. Fisiología del paciente quemado. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. el 20 de noviembre de 2021 [citado el 1 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/fisiologia-del-paciente-quemado/>
19. Sherren PB, Hussey J, Martin R, Kundishora T, Parker M, Emerson B. Lethal triad in severe burns. Burns [Internet]. 2014;40(8):1492–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2014.04.011>
20. Pájaro MC. La repercusión del tratamiento de heridas crónicas con cura en ambiente húmedo en el gasto sanitario de Galicia [Internet]. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; 2022 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/25484>
21. Auñón-Martín I, Caba-Doussoux P, Jiménez-Díaz V, del Oro-Hitar M, Lora-Pablos D, Cecilia-López D. Valoración de parámetros clínicos del paciente politraumatizado como predictores del gasto hospitalario y de su distribución. Rev Esp Cir Ortop Traumatol [Internet]. 2018 [citado el 29 de febrero de 2024];62(6):408–14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-valoracion-parametros-clinicos-del-paciente-S1888441518300882>
22. Pedro CSS. Estandarización de cuidados del paciente gran quemado hospitalizado. La voz del paciente [Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2016 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/94913/files/TAZ-TFG-2016-591.pdf>

23. Rodríguez PL. Los cuidados invisibles. Una revisión sistemática [Internet]. [Tenerife]: Universidad de la laguna; 2022 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28968/Los%20cuidados%20invisibles.%20Una%20revisi%20on%20sistemica..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. De la Rosa Eduardo R, Monge GZ. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? Index Enferm [Internet]. diciembre 2012 [citado el 13 de marzo de 2024];21(4):219–23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962012000300009&script=sci_arttext
25. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm [Internet]. 2011 [citado el 13 de marzo de 2024];20(1–2):71–5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100015&script=sci_arttext
26. Nicolás GF. El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería [Internet]. [Córdoba]: Universidad Nacional de Córdoba; 2019 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://liidbi.fcm.unc.edu.ar/liidbi/tesis/TFI%20Nicolaz%20Gimenez.pdf>
27. Martín CH. El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica Enfermera [Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2016 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Martínez YCS. Aplicación de las notas de enfermería en la evolución de los pacientes quemados del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú - 2016 [Internet]. [Perú]: Universidad Nacional de Callao; 2017 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4607>
29. Sanz Pérez L, Barlés Sauras A, Bosque Gracia B, Portilla Sauras C, Rubies Iglesias M, Redol Labarta M. Fomento de la práctica del autocuidado físico y emocional en las personas afectadas por cicatrices secundarias a quemaduras en cara y cuello, incorporando el maquillaje corrector en el plan de cuidados de enfermería. Publicaciones Didácticas [Internet]. 2017 [citado el 30 de abril de 2024];360-76. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/235855916.pdf>
30. Naranjo HY, Concepción PJA, Lm. R. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2017 [citado el 13 de marzo de 2024];19(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>
31. Bartolomé RT. Plan de cuidados de enfermería en el paciente gran quemado [Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2019 [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/89022>
32. Sánchez AD. Plan de cuidados de un paciente gran quemado [Internet]. [La Coruña]: Universidad de La Coruña; 2022 [citado el 30 de abril de 2024]. Disponible en:

https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/32375/DocampoSanchez_Andrea_TFG_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y

33. Deza SD, Navarro IC, Simón LJ, Rubio VH, Blasco LM, Alvero. BD. Cuidados de enfermería al paciente gran quemado en uci. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. el 23 de abril de 2021 [citado el 18 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-gran-quemado-en-uci/>
34. Salvachúa ÁR. Caso clínico: rehabilitación en el gran quemado. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. el 3 de noviembre de 2021 [citado el 18 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-rehabilitacion-en-el-gran-que-mado/>
35. Gallach-Solano E, del Caz P, Vivó-Benlloch C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. Cirugía plástica ibero-latinoamericana [Internet]. 2015 [citado el 18 de marzo de 2024];41(4):427–36. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n4/original9.pdf>
36. Rosa AS. Ajuste psicosocial del paciente gran quemado. Revisión bibliográfica [Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2019 [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://zaguán.unizar.es/record/85811/files/TAZ-TFG-2019-527.pdf>
37. Elsherbiny OEE, Salem MA, El-Sabbagh AH, Elhadidy MR, Eldeen SMA. Quality of life of adult patients with severe burns. Burns [Internet]. 2011;37(5):776–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2010.12.017>
38. Adolf Guirao Goris. S. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene [Internet]. 2015 [citado el 19 de marzo de 2024];9(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002
39. Universidad de La Laguna. PuntoQ [Internet]. Ull.es. [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ull.es/servicios/biblioteca/servicios/puntoq/>
40. Cakir U, Terzi R, Abaci F, Aker T. The prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries, and their quality of life. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice [Internet]. 2015;19(1): 56–9. Disponible en: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.3109/13651501.2014.981545>
41. Moi AL, Gjengedal E. The lived experience of relationships after major burn injury. J Clin Nurs [Internet]. 2014;23(15–16):2323–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12514>
42. Kishawi D, Wozniak AW, Mosier MJ. TBSA and length of stay impact quality of life following burn injury. Burns [Internet]. 2020;46(3):616–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2019.09.007>

43. Jawad AM, Kadhum M, Evans J, Cubitt JJ, Martin N. Recovery of functional independence following major burn: A systematic review. *Burns* [Internet]. 2024; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2024.02.017>
44. Wasiak J, Paul E, Lee SJ, Mahar P, Pfitzer B, Spinks A, et al. Patterns of recovery over 12 months following a burn injury in Australia. *Injury* [Internet]. 2014;45(9):1459–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2014.02.018>
45. Al-Ghabeesh SH, Mahmoud MM. Mindfulness and its positive effect on quality of life among chronic burn survivors: A descriptive correlational study. *Burns* [Internet]. 2022;48(5):1130–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2021.09.022>
46. Stavrou D, Weissman O, Tessone A, Zilinsky I, Holloway S, Boyd J, et al. Health Related Quality of Life in burn patients – A review of the literature. *Burns* [Internet]. 2014;40(5):788–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.11.014>
47. Hsu K-C, Lu HF, Chen Y-C, Chen LF. Differences in parent-perceived and patient-reported quality of life among young adult burn patients: A prospective longitudinal study. *Burns* [Internet]. 2021;47(8):1878–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2021.02.020>
48. Chen P-J, Huang C-W, Lin H-L, Chang C-M. Depression, postburn disability & quality of life: The moderating roles of burn specific coping strategies. *Burns* [Internet]. 2023;49(8):1886–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2023.05.012>
49. Abrams TE, Ogletree RJ, Ratnapradipa D, Neumeister MW. Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: A qualitative analysis. *Burns* [Internet]. 2016;42(1):152–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2015.09.011>
50. Carrougher GJ, McMullen K, Amtmann D, Wolfe AE, Tenney D, Schneider JC, et al. “living well” after burn injury: Using case reports to illustrate significant contributions from the Burn Model System research program. *J Burn Care Res* [Internet]. 2021;42(3):398–407. Disponible en: <https://academic.oup.com/jbcr/article/42/3/398/5911246>
51. de la Fuente HSC, Del Carmen Castillo Arcos L. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cultura de los cuidados* [Internet]. 2016 [citado el 28 de abril de 2024];20(44):15–24. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2016-n44-fenomenologia-una-vision-investigativa-para-enfermeria>

9. ANEXOS

Anexo 1.

Estudios incluidos						
Autores	Año	Recurso bibliográfico	Título	Objetivos	Metodología	Resultados y Conclusiones
Cakir, U. et al. ⁽⁴⁰⁾	2014	Cinahl	<i>The prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries, and their quality of life</i>	Investigar la frecuencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en pacientes con quemaduras que están recibiendo fisioterapia, y valorar su calidad de vida.	Estudio observacional transversal.	<p>Resultados.</p> <p>El 38,1% de los pacientes sufrieron de estrés postraumático y mostraron un funcionamiento físico deficiente además de un menor nivel de desempeño de las actividades habituales (físicas, vitales y sociales) en comparación con aquellos sin trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. También se observó que el estado físico en relación con la calidad de vida, fue más bajo en pacientes que habían desarrollado contracturas.</p> <p>Conclusiones.</p> <p>El trastorno de estrés postraumático se manifiesta como un problema de salud significativo en los pacientes quemados. Se debe tener en cuenta que estos pacientes además de la fisioterapia, requieren rehabilitación psicosocial.</p>
Moi, Asgjerd L. y Gjengedal, E. ⁽⁴¹⁾	2014	Cinahl	<i>The lived experience of relationships after major burn injury</i>	Investigar y explicar el significado de las relaciones tras sufrir una lesión por quemaduras graves.	Estudio de enfoque fenomenológico.	<p>Resultados.</p> <p>Las relaciones después de una quemadura grave y el apoyo de otras personas son fundamentales para que el individuo se reintegre en su vida anterior y acepte su nuevo yo. Las limitaciones físicas requerían ayuda externa y preocupa el impacto y la carga que recae en los familiares cercanos. Aunque la mayoría de</p>

						<p>las acciones de apoyo son positivas, algunas pueden resultar negativas e interferir en la recuperación.</p> <p>Conclusiones. Este estudio resalta cómo el apoyo de familiares, amigos y profesionales es fundamental en el proceso de atención de los pacientes quemados. La interacción y recursos sociales son esenciales para mejorar la salud y la calidad de vida después de una quemadura. También se toma consciencia de la interdependencia en las relaciones, tanto en el apoyo como en los desafíos que surgen en las relaciones.</p>
Kishawi, D. et al. ⁽⁴²⁾	2020	Science Direct	<i>TBSA and length of stay impact quality of life following burn injury</i>	<p>Determinar los factores que impactan en la calidad de vida del paciente quemado de forma negativa incluyendo el mecanismo de lesión, el tamaño de la quemadura y la duración de la estancia y si influye en la función mental y emocional del paciente quemado.</p> <p>Determinar la relación proporcional entre la calidad de vida, la duración de la estancia y el tamaño de la quemadura.</p>	Estudio observacional retrospectivo.	<p>Resultados. Este estudio demostró la relación entre la calidad de vida total, la duración de la estancia hospitalaria (LOS) y el área total corporal quemada (TBSA). Todos los campos se correlacionaron negativamente con el aumento de LOS y TBSA. Además, LOS se asoció con más claridad con la disminución de la función laboral y social. Por último, no se observaron diferencias en la calidad de vida entre los mecanismos de quemadura.</p> <p>Conclusiones. La TBSA y LOS afecta considerablemente a la calidad de vida del paciente quemado. Se debe centrar más la atención a la imagen corporal y al regreso al trabajo sin tener en cuenta el mecanismo de producción de la quemadura.</p>
Jawad, Ali M. et al. ⁽⁴³⁾	2024	Science Direct	<i>Recovery of functional independence following major burn:</i>	Explorar los factores predictivos en la recuperación de la	Estudio de revisión sistemática.	<p>Resultados. Se revisaron 21 estudios con un total de 1298 pacientes con quemaduras graves de edad media de 39,6 años y superficie total quemada (TBSA) media de</p>

			<i>A systematic review</i>	independencia , tasa y tiempo así como las medidas para progresar en pacientes con quemaduras graves.		<p>25,8%. La vejez, el sexo femenino, la gravedad de las quemaduras, el tiempo de ingreso, las condiciones de salud mentales previas y problemas psicológicos posagudos fueron factores influyentes en la recuperación de la independencia de los quemados. Se descubrió que la rehabilitación era beneficiosa hasta dos años después de la lesión. La tasa de alta hospitalaria para vivir independientemente varió del 27% al 97% y el retorno al trabajo del 52% al 80%. Las medidas de resultado más usadas fueron la escala breve de salud específica para las quemaduras, la puntuación compuesta física y la medida de independencia funcional.</p> <p>Conclusiones. Los supervivientes de quemaduras graves se enfrentan a una recuperación larga con posibles efectos crónicos persistentes debido a factores como la edad, sexo o gravedad de las quemaduras. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor la recuperación de estos pacientes, especialmente en cuidados críticos además de que la rehabilitación temprana podría ofrecer beneficios importantes.</p>
Wasiak, J. et al ⁽⁴⁴⁾	2014	Science Direct	<i>Patterns of recovery over 12 months following a burn injury in Australia</i>	Explicar la salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes después de 12 meses ingresados en el servicio de quemados.	Estudio de cohorte retrospectivo	<p>Resultados. Entre los 3 y 12 meses después de la lesión, la salud física de las personas disminuyó considerablemente. Concretamente, aquellos con quemaduras >30% de TBSA sufrieron cambios también en áreas como el funcionamiento y el desempeño de roles físicos. Asimismo, este grupo de pacientes mostraron mejoras notables en habilidades simples y la función de la mano.</p> <p>Conclusiones Aunque algunos aspectos de la calidad de vida relacionada con</p>

						la salud mejoran en el periodo de 12 meses tras la lesión, la mayoría de las personas no consiguen los niveles de funcionalidad que tenían antes de las quemaduras. Los pacientes enfrentan dificultades continuas tanto físicas como psicosociales.
Al-Ghabeesh, Suhair H. y Mahmoud, Mohanna d M. ⁽⁴⁵⁾	2022	Science Direct	<i>Mindfulness and its Positive Effect on Quality of Life among Chronic Burn Survivors: A descriptive Correlational Study</i>	Identificar la función de la atención plena ("mindfulness") en la mejora de la calidad de vida de los pacientes supervivientes de quemaduras de Jordania.	Estudio descriptivo correlacional.	<p>Resultados.</p> <p>Algunos de los aspectos demográficos y clínicos se vincularon a la calidad de vida del paciente quemado. Hubo una correlación positiva entre la atención plena y la calidad de vida relacionada con las quemaduras y fue un factor importante en la variación de la calidad de vida entre los pacientes de estudio.</p> <p>Conclusiones.</p> <p>El presente estudio determinó que hay factores que influyen en la calidad de vida de los supervivientes de quemaduras y que la atención plena podría influir positivamente en ella.</p>
Stavrou, D. et al ⁽⁴⁶⁾	2014	Science Direct	<i>Health Related Quality of Life in burn patients – A review of the literature</i>	Revisar la literatura y temas relevantes asociados con la calidad de vida relacionada con la salud y las quemaduras.	Estudio de revisión sistemática.	<p>Resultados.</p> <p>En el estudio se encontró que la extensión así como la profundidad de las quemaduras tenían un impacto relevante en la función corporal y en la calidad de vida relacionada con la salud. Las cicatrices y contracturas resultantes de las quemaduras afectaron de forma negativa a la función física y estética. Asimismo, se observó que el prurito persiste en muchos pacientes durante años después de las quemaduras, influenciando negativamente la calidad de vida. Este descubrimiento acentúa la necesidad de desarrollar estrategias de tratamiento efectivas y evaluar el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes quemados a largo plazo.</p> <p>Conclusiones.</p>

						En este estudio se defiende que las quemaduras afectan a la calidad de vida relacionada con la salud de diferentes formas. No obstante, los resultados no siempre son claros y dependen de los centros de atención médica y las culturas de los pacientes. Es esencial que la comunidad médica utilice herramientas de medición validadas para valorar de manera más objetiva los resultados de la atención a los pacientes quemados y mejorar el cuidado ofrecido a los pacientes.
Hsu, K. et al. ⁽⁴⁷⁾	2021	Science Direct	<i>Differences in parent-perceived and patient-reported quality of life among young adult burn patients: A prospective longitudinal study.</i>	Analizar las variaciones en la calidad de vida percibida por los padres y transmitida por los pacientes adultos jóvenes que sufrieron un accidente por quemaduras hace tres años, así como los factores influyentes en estas variaciones.	Estudio longitudinal prospectivo.	<p>Resultados. Este estudio mostró que las habilidades simples tuvieron una rápida recuperación. Sin embargo, la imagen corporal percibida por los pacientes después de las quemaduras se recuperó más lentamente. Los padres obtuvieron puntuaciones más altas que los pacientes en cuanto al trastorno de estrés postraumático (TEPT). Además, el género de los padres, los niveles de TEPT y el área total quemada influenciaron las diferencias en la calidad de vida percibida por los padres.</p> <p>Conclusiones Los padres perciben el trastorno de estrés postraumático como una respuesta habitual en el momento que sus hijos con quemaduras. La capacidad de los padres para reconocer señales de alerta posibilita la atención médica precoz. Implementar un enfoque de actuación concentrado en la familia, el apoyo psicológico de padres y pacientes y establecer un sistema de atención continua con una buena comunicación puede favorecer la reintegración de los pacientes a la sociedad.</p>
Chen, P. et al. ⁽⁴⁸⁾	2023	Science Direct	<i>Depression, postburn disability & quality of</i>	Valorar si las estrategias de afrontamiento en las quemaduras	Estudio longitudinal.	<p>Resultados. Se estudiaron las características demográficas y clínicas, correlaciones entre variables y predictores de discapacidad y</p>

			<p><i>life: The moderating roles of burn specific coping strategies</i></p>	<p>modifican la relación entre la depresión y la funcionalidad.</p> <p>Demostrar que la depresión, la calidad de vida y la discapacidad después de las quemaduras están asociadas.</p>		<p>calidad de vida después de la quemadura. Se descubrió que la edad, extensión de las quemaduras, síntomas depresivos y el estrés postraumático influyeron en la discapacidad y calidad de vida de los pacientes. Por otro lado, variables como la evitación, optimismo y resolución de problemas moderaron la relación entre la discapacidad y la calidad de vida posquemadura indicando la importancia de las estrategias de afrontamiento.</p> <p>Conclusiones En el estudio se asegura la relación entre la depresión y discapacidad posquemadura y su impacto de manera negativa en la calidad de vida del paciente. Se recomiendan medidas específicas de afrontamiento y la importancia de intervenciones tempranas en la depresión para mejorar los resultados posquemaduras.</p>
<p>Abrams, Thereasa E. et al.⁽⁴⁹⁾</p>	<p>2016</p>	<p>Science Direct</p>	<p><i>Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: A qualitative analysis.</i></p>	<p>Investigar el impacto de quemaduras graves en la salud de adultos.</p>	<p>Estudio heurístico o cualitativo o exploratorio.</p>	<p>Resultados. El estudio incluyó ocho participantes con edad aproximada de 54,38 años en el momento de las entrevistas. Las quemaduras ocurrieron hace aproximadamente 9,38 años con un mínimo del 20% de la superficie corporal afectada incluyendo quemaduras profundas en áreas de cara, manos, pies y/o articulaciones . En este estudio se identificaron tres categorías principales: "Salud Física", "Salud Intelectual" y "Salud Emocional".</p> <p>Conclusiones. La información recopilada a través de encuestas y entrevistas ofrece un mayor entendimiento de cómo las quemaduras graves afectan la salud en general. Esto podría guiar la rehabilitación a largo plazo para pacientes adultos quemados y se obtiene una visión completa de los desafíos y adaptaciones de los pacientes.</p>

Carrouger, Gretchen J. et al. ⁽⁵⁰⁾	2021	Cinahl	<i>“Living Well” After Burn Injury: Using Case Reports to Illustrate Significant Contributions From the Burn Model System Research Program</i>	Enriquecer los resultados y la calidad de vida del paciente quemado, enfocándose en aspectos como la salud y la funcionalidad, el empleo y la participación en la comunidad.	Estudio de caso.	Conclusiones. El Sistema de Modelo de Quemaduras ha incrementado la comprensión de la recuperación de los pacientes después de las quemaduras. Se destacan casos de estudio de tres supervivientes adultos para mostrar el impacto de estos hallazgos a nivel individual. Es importante que la investigación clínica sea relevante para la vida de la población afectada. Se apoya el Sistema de Modelo de Quemaduras como un modelo de investigación integral y centrado en el paciente.
---	------	--------	--	--	------------------	--