

Citar este artículo como:

Ferráz, M., & Manaro, B. Abordaje integral e interdisciplinario del paciente pediátrico quemado en centros de referencia: Análisis comparativo entre Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación y el Hospital Shriners para Niños Texas, 2026. Revista Boliviana De Cirugía Plástica, 5(13), 51–60. <https://doi.org/10.54818/rbcp.vol5.n13.2026.155>

ARTÍCULO CIENTÍFICO



ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO EN CENTROS DE REFERENCIA

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE UNIDAD DEL NIÑO QUEMADO Y REHABILITACIÓN Y EL HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS TEXAS, 2026

Milena Ferráz

Practicante Internado Rotatorio en Medicina 2025-2026, Facultad de Medicina,
Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Dra. Beatriz Manaro

Jefa de la Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación, Hospital Pediátrico Pereira Rossell,
Montevideo, Uruguay

RESUMEN

Las quemaduras pediátricas constituyen un problema relevante de salud pública, especialmente en contextos con recursos limitados. El objetivo de este estudio fue comparar el modelo de atención del paciente pediátrico quemado entre la Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación - U.NI. QUE.R. (Uruguay) y del Hospital Shriners para Niños Texas (Estados Unidos). Se realizó un estudio descriptivo y comparativo de enfoque cualitativo, basado en observación directa, revisión documental y encuestas a profesionales.

Se identificaron diferencias en la disponibilidad de recursos, organización quirúrgica y continuidad asistencial. Mientras que el modelo U.NI.QUE.R. presenta limitaciones que impacta en los tiempos de intervención y seguimiento, el modelo Shriners evidencia mayor integración y previsibilidad terapéutica.

Estas diferencias permiten identificar estrategias adaptables para mejorar la calidad asistencial y los resultados funcionales.

ABSTRACT

Pediatric burns are a significant public health concern, particularly in resource-limited settings. This study aimed to compare care models between Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación - U.NI. QUE.R. (Uruguay) and Shriners Children's Texas (USA). A qualitative descriptive and comparative approach was conducted based on direct observation, document review, and professional surveys. Differences were identified in resource availability, surgical organization, and continuity of care. U.NI. QUE.R. showed limitations affecting intervention timing and follow-up, while the Shriners model demonstrated greater integration and therapeutic predictability. These findings highlight adaptable strategies to improve healthcare quality and functional outcomes in pediatric burn patients.

INTRODUCCIÓN

La atención del paciente pediátrico quemado constituye un desafío clínico complejo, que requiere un abordaje integral, oportuno y coordinado entre múltiples disciplinas, considerando como pilares centrales la indicación quirúrgica oportuna, un sostén nutricional adecuado, la rehabilitación precoz y el apoyo psicológico.

Las quemaduras en la infancia se asocian a elevada morbilidad y a importantes secuelas funcionales, estéticas y psicosociales, representando una de las principales causas de lesión no intencional en niños y adolescentes, siendo más frecuentes en países de ingresos medios y bajos, donde las limitaciones estructurales y organizativas condicionan los resultados asistenciales^{1, 2, 3, 4}.

A nivel mundial, se estima que más de 11 millones de personas sufren quemaduras que requieren atención médica cada año, con aproximadamente 300.000 muertes anuales, concentrándose el 90% en países de ingresos bajos y medianos. En América Latina, la limitada disponibilidad de centros especializados posiciona a las quemaduras como un relevante problema de salud pública, impactando en la morbilidad¹¹.

En este contexto, se resalta la necesidad de modelos asistenciales especializados y eficientes, orientados a optimizar los resultados clínicos y funcionales. Sin embargo, los modelos de atención pueden variar significativamente entre instituciones, particularmente entre distintos sistemas de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar los modelos de atención del paciente pediátrico quemado entre la Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación del Hospital Pediátrico Pereira Rossell (Montevideo, Uruguay) y el Hospital Shriners para Niños Texas (Estados Unidos), con el fin de identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora potencialmente aplicables al contexto del servicio de la Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación.

Objetivos específicos

- Describir la organización y el modelo de atención de Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación y del Hospital Shriners para Niños Texas.
- Analizar de forma general el enfoque clínico y quirúrgico en la atención integral del paciente quemado pediátrico en ambos centros.
- Comparar los modelos de rehabilitación y la evolución funcional del paciente quemado pediátrico.
- Identificar fortalezas, debilidades y prácticas potencialmente adaptables al contexto local.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo y observacional, de enfoque cualitativo, entre la Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación del Hospital Pediátrico Pereira Rossell (Montevideo, Uruguay) y el Hospital Shriners para Niños Texas (Estados Unidos).

La información se obtuvo a partir de la observación directa durante una rotación clínica de tres meses en la Unidad del Niño Quemado y Rehabilitación (U.NI.QUE.R.), revisión de documentación institucional, recolección de datos mediante formularios Google Forms dirigidos a profesionales de cirugía plástica, fisioterapia y nutrición, revisión bibliográfica de literatura científica nacional e internacional, información institucional pública del Hospital Shriners para Niños Texas, e intercambio académico con profesionales de dicho centro.

El análisis se realizó de forma cualitativa y comparativa, orientado a identificar diferencias en la organización asistencial, el abordaje clínico-quirúrgico y las estrategias terapéuticas, considerando las particularidades de cada sistema de salud.

Se realizó una caracterización cuantitativa descriptiva limitada de la actividad asistencial quirúrgica del servicio de U.NI.QUE.R., a partir de registros institucionales correspondientes al año 2025, con fines de contextualización.

La caracterización cuantitativa descriptiva de la actividad asistencial quirúrgica del Hospital Shriners para Niños Texas, se restringió a datos institucionales reportados, sin acceso a registros detallados.

La autora del presente trabajo realizó una rotación clínica de tres meses en U.NI.QUE.R. en el marco del internado de medicina. Esta instancia permitió la observación directa del funcionamiento del servicio, del flujo asistencial y del abordaje clínico-quirúrgico del paciente quemado pediátrico.

El estudio no incluyó datos sensibles, ni información identificatoria de pacientes o profesionales.

La participación en los formularios de Google Forms fue voluntaria, con consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información.

Para la elaboración del presente trabajo, se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa con el propósito de optimizar la gramática, organizar la estructura de las ideas y asistir en la traducción de referencias bibliográficas. El análisis crítico, la interpretación de los datos observados durante la rotación clínica y la elaboración de las conclusiones finales fueron realizados íntegramente por la autora, quien asume la responsabilidad total por el contenido técnico y científico del estudio.

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DEL NIÑO QUEMADO Y REHABILITACIÓN

El centro U.NI.QUE.R constituye una referencia nacional para la atención de quemaduras pediátricas en Uruguay, ubicado en el Hospital Pediátrico Pereira Rossell, en Montevideo⁵. Atiende a recién nacidos, niños y adolescentes derivados desde todo el territorio nacional, tanto del sistema público desde la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y a pacientes con cobertura privada financiados a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR). El FNR cubre tanto pacientes del sistema privado como del sistema público que cumplen determinados criterios clínicos, como quemaduras en manos, rostro, genitales, y/o una superficie corporal total quemada mayor o igual al 10%, garantizando el acceso a atención especializada independientemente del origen del paciente.

En términos de actividad quirúrgica, durante el año 2025 se realizaron 174 procedimientos quirúrgicos, lo que refleja el volumen asistencial del servicio en el contexto nacional.

La unidad ha incorporado mejoras en su infraestructura, con áreas específicas para el cuidado de pacientes con quemaduras, y la incorporación de la balneoterapia como herramienta terapéutica para el manejo del dolor y la rehabilitación, la primera de su tipo en Uruguay^{6,7}.

En el seguimiento, se destacan estrategias terapéuticas como el uso de prendas de compresión personalizadas para cicatrices hipertróficas y retracciones cutáneas, además de terapia láser como parte del abordaje rehabilitador en cicatrices patológicas y contracturas^{8,9}.

El abordaje es interdisciplinario, integrando cirugía plástica, pediatría, licenciados y auxiliares en enfermería, fisioterapia, psiquiatría, nutrición, trabajo social y ortopedia, brindando un manejo integral del paciente y su familia.

Desde el punto de vista epidemiológico, predominan las quemaduras en lactantes y niños pequeños por accidentes domésticos, principalmente por líquidos calientes, con influencia de factores socioeconómicos en el riesgo, la adherencia al tratamiento y el seguimiento.

Estos hallazgos subrayan la importancia de reforzar estrategias de prevención y educación dirigidas a familias y cuidadores, teniendo en cuenta el contexto local¹⁰.

Flujo del paciente

El ingreso del paciente se realiza a través de la emergencia pediátrica o desde derivación desde otros centros, con coordinación previa para el traslado. En emergencia, el paciente es evaluado inicialmente por pediatría, que realiza la valoración clínica general y determina la estabilidad hemodinámica.

Los pacientes que requieren internación, ingresan a sala de cuidados moderados, con seguimiento clínico diario por los equipos de cirugía plástica y pediatría.

El manejo clínico general está a cargo de pediatría, mientras que el tratamiento local de las quemaduras y la planificación quirúrgica, de ser necesaria, dependen del cirujano plástico, ajustándose según la evolución clínica del paciente.

La indicación quirúrgica puede definirse inicialmente o durante la evolución. Los procedimientos incluyen cirugías reconstructivas, escarectomías, autoinjertos, infiltraciones, limpiezas quirúrgicas, etc.

El servicio no cuenta con un block quirúrgico propio, dependiendo del block central del hospital, con disponibilidad limitada para cirugías coordinadas. Esto genera demoras, reprogramaciones y dependencia de factores organizativos, como disponibilidad de sala y equipo de anestesia, impactando en los tiempos quirúrgicos y la calidad asistencial. Favoreciendo tensiones interprofesionales y retrasos en el inicio de la cirugía, incluso en pacientes internados por tiempos prolongados.

Existe una policlínica de pequeña cirugía quincenal para procedimientos de baja complejidad, con potencial de desarrollo como block quirúrgico propio.

El seguimiento ambulatorio se realiza en policlínicas de cirugía plástica y quemados, donde se controla la evolución, se ajustan tratamientos y se define la conducta a seguir.

Superada la etapa aguda, los pacientes pueden ser derivados a la policlínica de Rehabilitación, destinada al manejo de secuelas cicatrízales y funcionales, con terapias compresivas, e indicación de cirugías reconstructivas secundarias según el paciente, a cargo de cirujano plástico y fisioterapeuta.

Equipo interdisciplinario relevante

Cirugía Plástica y Reconstructiva

Eje central del abordaje del paciente quemado, responsable de la evaluación inicial, la indicación terapéutica y seguimiento reconstructivo a corto, mediano y largo plazo.

Funciona con sistema de guardias, lo que asegura cobertura continua de la sala de internación, de las urgencias, y de la atención de las policlínicas. Sin embargo, puede dificultar el seguimiento longitudinal del paciente por el profesional, constituyendo un desafío en términos de estandarización de conductas terapéuticas y continuidad del vínculo asistencial.

Síntesis del abordaje quirúrgico del paciente pediátrico quemado (U.NI.QUE.R):

- Valoración precoz (primeras horas)
- Indicación quirúrgica según evolución clínica, profundidad y extensión de la quemadura, y compromiso funcional
- Indicación quirúrgica en: quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado, especialmente en áreas funcionales
- Tiempo hasta primera cirugía: es variable, frecuentemente mayores a 72 horas
- Factores condicionantes: estado clínico, extensión, disponibilidad de block
- Técnicas predominantes: escarectomía tangencial, injertos cutáneos autólogos
- Duración de los procedimientos: 1 y 2 horas aproximadamente
- Curaciones utilizadas: combinadas (apósitos de Biodress y parches hidrocoloides en áreas cruentas o áreas injertadas y dadoras; agentes enzimáticos como Irujol en crema en áreas con escaras; apósitos de plata, cobre y carbón activado en áreas cruentas con infección activa)
- Resolución inicial: 2 semanas a 1 mes

Rehabilitación

Intervienen en la evolución funcional y cicatrizal del paciente, tanto en internación como en la policlínica.

Síntesis del abordaje fisioterapéutico del paciente pediátrico quemado:

- Inicio precoz (idealmente fase aguda)
- Condicionado por el estado clínico, dolor y cirugías
- Intervenciones: movilización pasiva y activa, prevención de retracciones de piel, técnicas kinésicas sobre cicatrices, ejercicios respiratorios y fortalecimiento funcional corporal
- Frecuencia: diaria en internación
- Inicio de la deambulacion: variable, generalmente asistida
- Dificultades: dolor, miedo, ansiedad, la extensión y localización
- Seguimiento ambulatorio: irregular, condicionado por acceso, factores socioeconómicos y adherencia familiar
- Manejo cicatrizal: masoterapia, férulas, educación y prendas de elastocompresión

Nutrición

Pilar en la evolución del paciente quemado, en contexto del estado de hipercatabolismo, con aumento del gasto energético, pérdida de masa muscular y mayor requerimiento proteico, lo que impacta directamente en la cicatrización, la respuesta inmunológica y en los tiempos de recuperación. En el centro si bien existe nutricionista, no es específica de la unidad, sino que está encargada de múltiples unidades del hospital.

Síntesis del abordaje nutricional del paciente pediátrico quemado:

- Inicio: precoz (menor a 12 horas)
- Soporte principalmente enteral
- Requerimientos energéticos elevados (basados en % SCTQ): 50-70 kcal/kg/día
- Requerimientos proteicos elevados: 2-3 g/kg/día
- Seguimiento: peso y curva, control semanal
- Complicaciones: pérdida de masa magra, intolerancia enteral, infecciones, dolor
- Nutrición parenteral: en fallo de vía enteral
- Limitaciones: ausencia de seguimiento post alta

Otros componentes del equipo

Pediatría: manejo clínico integral durante la internación.
Enfermería: cuidado continuo, curaciones, balneoterapia.
Anestesia: rol clave, sin asignación fija al servicio.
Centro de Tratamiento Intensivo (CTI): externo al servicio, con dificultades de integración.
Psiquiatría: apoyo en salud mental (presencia regular).
Trabajo social: abordaje de factores psicosociales.
Áreas de apoyo: economato, secretaría, auxiliares de servicio, sostén organizativo y logístico.

Infraestructura

El centro se encuentra ubicado en el quinto piso del Hospital Pediátrico Pereira Rossell, ocupando una de las dos alas disponibles de ese nivel.

Cuenta con una capacidad de 17 camas de internación para el manejo de pacientes en fase aguda y seguimiento clínico.

Dispone de áreas específicas que acompañan las distintas etapas del tratamiento, incluyendo sala de juegos, orientada al bienestar del paciente, sala de fisioterapia para la rehabilitación funcional y un espacio destinado a la balneoterapia como parte del abordaje terapéutico.

Cuenta con sala de block quirúrgico propia, actualmente utilizada para procedimientos de pequeña cirugía.

El centro no dispone de un sector para el manejo del paciente crítico. En estos casos los pacientes son derivados al Centro de Tratamiento Intensivo general del hospital.

DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS TEXAS

El Hospital Shriners para Niños Texas, ubicado en Galveston, Estados Unidos, es un centro altamente especializado en el tratamiento de quemaduras pediátricas, con reconocimiento internacional.

Su modelo de atención integra tratamiento agudo, cirugía reconstructiva, rehabilitación y seguimiento a largo plazo, bajo un enfoque interdisciplinario. Presenta un alto volumen asistencial, con más de 1500 procedimientos quirúrgicos anuales.

Además de atender pacientes locales, el hospital recibe pacientes de distintos países y cumple un rol relevante en la respuesta internacional ante desastres con múltiples víctimas quemadas, facilitando el acceso a tratamientos complejos no disponibles en sus países de origen.

El centro mantiene una red activa de colaboración internacional, que incluye telemedicina, evaluación remota, misiones clínicas y seguimiento longitudinal, especialmente en América Latina, consolidándose como referente global en el manejo del paciente pediátrico quemado.

Flujo del paciente

Ingreso y tratamiento de la fase aguda

Los pacientes son derivados desde centros de Estados Unidos y del extranjero. El manejo inicial incluye reanimación y estabilización en las primeras 24 horas. Una vez ingresados al centro, los pacientes atraviesan una fase inicial de reanimación y estabilización durante las primeras 24 horas, con monitoreo intensivo.

El tratamiento quirúrgico de las quemaduras de espesor completo incluye la escisión temprana de tejido necrótico y la cobertura de las heridas, inicialmente mediante sustitutos cutáneos sintéticos o biológicos y, finalmente mediante autoinjertos de piel del propio paciente. En las

quemaduras de espesor parcial se emplean vendajes especializados orientados a favorecer la cicatrización y el control del dolor.

Durante esa etapa, el paciente permanece hospitalizado mientras se desarrollan las intervenciones quirúrgicas necesarias y el proceso inicial de rehabilitación.

Tras la resolución de la fase aguda, los pacientes reciben el alta y continúan seguimiento, frecuentemente desde su lugar de origen.

Seguimiento y tratamiento en la fase reconstructiva

El hospital desarrolla un programa de cirugía reconstructiva destinado a los niños que presentan secuelas funcionales y estéticas asociadas a cicatrices hipertróficas y contracturas cicatriciales, que pueden limitar la movilidad articular y afectar significativamente su calidad de vida.

Las intervenciones reconstructivas incluyen liberación de contracturas cicatriciales, injertos cutáneos, colgajos locales y procedimientos de remodelación cicatricial, realizados de manera escalonada según la evolución y el crecimiento del paciente.

El seguimiento longitudinal permite planificar intervenciones progresivas orientadas a optimizar la función y la calidad de vida.

Alcance internacional

El modelo asistencial incluye estrategias de atención global:

Outreach clinics en América Latina, destinadas a la evaluación y selección de pacientes en sus países de origen. Durante estas misiones, equipos médicos del hospital trabajan conjuntamente con profesionales locales para evaluar pacientes con secuelas de quemaduras, identificar candidatos a tratamiento reconstructivo y planificar posibles derivaciones al centro en Texas cuando se requieren procedimientos de mayor complejidad, contribuyendo a mantener la continuidad asistencial a largo plazo.

El hospital dispone además de sistemas de telemedicina, que facilitan la evaluación clínica remota de pacientes y el seguimiento postoperatorio.

Estas herramientas permiten mantener la continuidad asistencial para pacientes residentes de otros países, manteniendo un vínculo asistencial, sin requerir traslados permanentes.

Equipo Interdisciplinario

La cirugía plástica participa tanto en el tratamiento quirúrgico inicial de las quemaduras como en las intervenciones reconstructivas. Incluyendo procedimientos quirúrgicos, así como el uso de tecnologías como el láser fraccional CO2 para el tratamiento de cicatrices hipertróficas.

El abordaje integral en todas las etapas incluye, además:

- Cuidados intensivos pediátricos: manejo de la fase crítica
- Rehabilitación: recuperación funcional y la prevención de secuelas
- Nutrición: soporte metabólico durante el proceso de cicatrización
- Salud mental: apoyo psicológico a los pacientes y sus familias

El centro también desarrolla un rol importante en la formación académica y la cooperación internacional. Recibiendo regularmente profesionales de distintos países que realizan rotaciones clínicas y observerships en el centro con el objetivo de adquirir experiencia en el manejo de pacientes quemados.

Infraestructura

El hospital cuenta con un edificio de 8 pisos y aproximadamente 30 camas de internación, incluyendo 15 camas de cuidados intensivos pediátricos para pacientes críticos.

La institución cuenta con las instalaciones necesarias para brindar atención especializada durante todas las fases del tratamiento del paciente quemado, manejo crítico, intervenciones quirúrgicas y rehabilitación.

El programa internacional incluye alojamientos cercanos al hospital, para pacientes y cuidadores durante los tratamientos, con transporte diario al hospital, facilitando la continuidad del tratamiento en pacientes provenientes de otros países¹¹.

DISCUSIÓN

El análisis comparativo entre U.NI.QUE.R. y el Hospital Shriners para Niños Texas evidencia diferencias relevantes en la organización asistencial, los tiempos de acción y la disponibilidad de recursos, que impactan directamente en la atención del paciente pediátrico quemado.

U.NI.QUE.R. se posiciona como un centro de referencia nacional con un fuerte enfoque interdisciplinario y una adecuada capacidad resolutive en el contexto local. Se destacan como fortalezas la valoración precoz por cirugía plástica, el abordaje integral del paciente y la disponibilidad de estrategias terapéuticas tanto en la fase aguda como en la rehabilitación. Asimismo, el volumen asistencial quirúrgico registrado refleja una actividad sostenida dentro de las posibilidades estructurales del sistema.

Sin embargo, se identifican limitaciones organizativas relevantes, principalmente vinculadas a la falta de block quirúrgico propio, la dependencia de recursos compartidos (anestesia, coordinación quirúrgica con el block central, nutrición y CTI) y dificultades en la continuidad asistencial a nivel longitudinal. Estas condiciones generan demoras en los tiempos quirúrgicos, variabilidad e incertidumbre en la planificación terapéutica, y potencial impacto en la evolución clínica de los pacientes.

A nivel interdisciplinario, si bien el modelo está consolidado, persisten debilidades en la coordinación formal entre equipos, especialmente entre cirugía plástica, rehabilitación y salud mental, así como en el seguimiento a largo plazo post alta.

Por otro lado, el Hospital Shriners para Niños Texas presenta un modelo altamente estructurado, con integración eficiente entre la fase aguda, reconstructiva y el seguimiento a largo plazo. La disponibilidad de recursos específicos, incluyendo block quirúrgico propio, unidad de cuidados intensivos pediátricos integrada al servicio y equipos profesionales dedicados exclusivamente al paciente quemado, permite una mayor previsibilidad en la planificación terapéutica y optimización de los tiempos quirúrgicos.

El elevado volumen asistencial, junto con la alta especialización del equipo permiten una mayor estandarización de conductas y resultados funcionales. Se destaca además el uso sistemático de estrategias como telemedicina, programas de outreach y cirugía reconstructiva escalonada, que amplían el alcance asistencial y garantizan continuidad del cuidado a largo plazo, incluso en pacientes internacionales.

No obstante, las características del Hospital Shriners para Niños Texas deben interpretarse en el contexto de un sistema de salud con mayor disponibilidad de recursos económicos, tecnológicos y organizativos, lo que condiciona diferencias estructurales significativas respecto a U.NI.QUE.R. y limita la extrapolación directa de su modelo.

Tabla 1. Comparativa de modelos de atención integral del paciente pediátrico quemado: U.NI. QUE.R. (Uruguay) vs. Shriners Children's Texas (EE. UU.)

Característica	U.NI.QUE.R. (Uruguay)	Shriners Texas (EE.UU.)
Infraestructura	Dependencia de servicios centrales (Block, CTI).	Servicios críticos y quirúrgicos integrados al centro.
Tiempos Quirúrgicos	Variables, frecuentemente >72 horas.	Escisión temprana (fase aguda temprana).
Seguimiento	Desafíos en la continuidad post-alta por factores socioeconómicos.	Modelos de telemedicina y outreach clinics globales.

CONCLUSIONES

U.NI.QUE.R constituye un modelo sólido a nivel nacional; no obstante, presenta oportunidades de mejora centradas en la optimización de la estructura organizativa. En particular, se destaca la necesidad de contar con un block quirúrgico propio, con la asignación correspondiente de recursos tanto humanos como materiales específicos del centro. Asimismo, resulta relevante fortalecer la coordinación interdisciplinaria mediante instancias formales de trabajo conjunto y una comunicación basada en la escucha activa. En este sentido, se identifica como oportunidad la incorporación de recurso humano específico de cirugía plástica destinado a la sala de internación, que permita un seguimiento longitudinal de los pacientes y una mayor continuidad asistencial, complementando el rol de los profesionales de guardia enfocados en la atención de urgencias.

El modelo de Hospital Shriners para Niños Texas destaca por su alto grado de especialización, integración de cuidados y estrategias de seguimiento a largo plazo.

Estas características permiten identificar líneas de mejora potencialmente adaptables al contexto local, particularmente en términos de organización asistencial, coordinación interdisciplinaria y sistematización del seguimiento a largo plazo, favoreciendo mejores resultados funcionales en el paciente pediátrico quemado.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece especialmente a la Dra. Beatriz Manaro, orientadora de este trabajo, por su constante disposición, acompañamiento y confianza a lo largo de todo el proceso, así como por su apertura al diálogo, la escucha y el aporte de sugerencias fundamentales para el desarrollo del mismo.

Se extiende el agradecimiento al equipo asistencial de U.NI.QUE.R. por su colaboración, que hicieron posible la recolección de información y el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, se agradece al Dr. Zapata por su disponibilidad para el intercambio académico en relación al Hospital Shriners para Niños Texas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nassar, J. Y., al Qurashi, A. A., Albalawi, I. A., Nukaly, H. Y., Halawani, I. R., Abumelha, A. F., Osama Al Dwehji, A. M., Alhartani, M. M., Asaad, A., Alnajashi, A., & Khojah, I. M. (2023). Pediatric Burns: A Systematic Review and Meta-Analysis on Epidemiology, Gender Distribution, Risk Factors, Management, and Outcomes in Emergency Departments. *Cureus*, 15(11), e49012. <https://doi.org/10.7759/cureus.49012>
2. Meng, F., Zuo, K. J., Amar-Zifkin, A., Baird, R., Cugno, S., & Poenaru, D. (2020). Pediatric burn contractures in low- and lower middle-income countries: A systematic review of causes and factors affecting outcome. *Burns*, 46(5), 993–1004. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.06.001>

3. **Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., Rivara, F., & Bartolomeos, K.** (2008). Burns. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310640/>
4. **Opriessnig, E., Luze, H., Smolle, C., Draschl, A., Zrim, R., Giretzlehner, M., Kamolz, L. P., & Nischwitz, S. P.** (2023). Epidemiology of burn injury and the ideal dressing in global burn care – Regional differences explored. Burns, 49(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.BURNS.2022.06.018>
5. **Manaro, D. B., & Pizarro, D. M.** (2021). Epidemiología de las Quemaduras Pediátricas durante la Pandemia de Sars Cov 2 en Uruguay.
6. **Unidad de Quemados del Pereira Rossell cuenta con nuevas instalaciones para atender niños de todo el sistema de salud | Presidencia Uruguay.** (2019). Presidencia Uruguay. <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/unidad-quemados-del-pereira-rossell-cuenta-nuevas-instalaciones-para-atender>
7. **UNIQUER: un centro referente en cirugía plástica pediátrica - VTV.** (2025). VTV Noticias. <https://vtv.com.uy/uniquer-un-centro-referente-en-cirurgia-plastica-pediatrica/>
8. **Nedelec, B., Carter, A., Forbes, L., Hsu, S. C. C., McMahon, M., Parry, I., Ryan, C. M., Serghiou, M. A., Schneider, J. C., Sharp, P. A., de Oliveira, A., & Boruff, J.** (2015). Practice guidelines for the application of nonsilicone or silicone gels and gel sheets after burn injury. Journal of Burn Care & Research : Official Publication of the American Burn Association, 36(3), 345–374. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000124>
9. **Harris, I. M., Lee, K. C., Deeks, J. J., Moore, D. J., Moiemmen, N. S., & Dretzke, J.** (2024). Pressure-garment therapy for preventing hypertrophic scarring after burn injury. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013530> PUB2.
10. **Cómo prevenir quemaduras en niños para estas vacaciones y fiestas: las recomendaciones del Pereira Rossell.** (2024). El Observador. <https://www.elobservador.com.uy/nacional/como-prevenir-quemaduras-ninos-estas-vacaciones-y-fiestas-las-recomendaciones-del-pereira-rossell-n5976490>
11. **Zapata-Sirvent, R. L., Branski, L. K., & Lee, J. O.** (2024). Global Surgery: Burn Outreach by Shriners Children’s Texas. Seminars in Plastic Surgery, 38(2), 181–186. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1785217>