



CÓMO CITAR

Garriga-Ortega JL, Asín-Diago LA, Rodríguez-Tabares A, Carballo-Castillo AM, Garriga-Alfonso JL. Evaluación de escalas pronósticas de mortalidad en el paciente quemado. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e7039.

Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/7039/6516>

***Autor para correspondencia:**

joselgarriga97@gmail.com

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas
y Eduardo Chávez-López.

Palabras clave:

quemado; escala pronóstica;
mortalidad; Cuba

Key words:

burns; prognostic models;
mortality; severity of illness
indexes; Cuba

Recibido: 21/10/2025.

Aceptado: 14/02/2026.

Publicado: 25/03/2026.

Artículo de Investigación

Evaluación de escalas pronósticas de mortalidad en el paciente quemado

Evaluation of prognostic scales for mortality in burn patients

José Luis Garriga-Ortega^{1*}  <http://orcid.org/0009-0005-7496-3410>

Lázara Aleida Asín-Diago²  <http://orcid.org/0009-0003-7425-2948>

Adrián Rodríguez-Tabares¹  <http://orcid.org/0009-0000-5921-2591>

Ana María Carballo-Castillo¹  <http://orcid.org/0009-0000-8486-1833>

José Luis Garriga-Alfonso³  <http://orcid.org/0009-0006-0284-0224>

Afiliación:

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

² Hospital Pediátrico Docente Provincial Eliseo Noel Caamaño. Matanzas, Cuba.

³ Universidad de Matanzas. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Las quemaduras constituyen uno de los principales motivos de muerte. Las escalas pronósticas permiten comparar variables y conformar un criterio de diagnóstico y manejo, además de predecir el comportamiento clínico del paciente.

Objetivo: Evaluar escalas pronósticas de mortalidad en el paciente quemado.



Método: Estudio observacional descriptivo de corte transversal en 87 pacientes ingresados en el hospital Faustino Pérez, de Matanzas, entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Se evaluaron la escala Baux revisado (rBaux), índice de severidad de las quemaduras modificado (ABSI_m), Belgian Outcome in Burn Injury (BOBI), modelo de Smith y la clasificación cubana de pronóstico de vida (CCPV).

Resultados: El porcentaje de fallecidos fue de 32,18 para pacientes grave, muy grave, crítico y crítico extremo. La mortalidad tuvo asociación estadística significativa con los grupos de 61-80 años y ≥ 81 años; superficie corporal quemada: 40-59 %, 60-79 % y ≥ 80 ; lesión de espesor total, y presencia de comorbilidades en pacientes con estas lesiones. La evaluación de las escalas pronósticas fue: rBaux no se ajusta a la población estudiada ($p = 0,001$); BOBI (AUC = 0,868, $p = 0,294$, sensibilidad = 0,4285, especificidad = 0,9661, exactitud = 0,7931); modelo de Smith (AUC = 0,877; $p = 0,297$; sensibilidad = 0,6428; especificidad = 0,9322; exactitud = 0,8391); CCPV (AUC = 0,867; $p = 0,519$; sensibilidad = 0,7142; especificidad = 0,8813; exactitud = 0,8276); ABSI_m (AUC = 0,906; $p = 0,042$; sensibilidad = 0,6428; especificidad = 0,9322; exactitud = 0,8391).

Conclusiones: La escala ABSI_m mostró una capacidad discriminativa muy buena.

ABSTRACT

Introduction: Burns represent a major cause of morbidity and mortality worldwide. Prognostic scales facilitate the comparison of clinical variables, support diagnostic and therapeutic decision-making, and help predict patient outcome.

Objective: To evaluate the performance of established prognostic scales for mortality prediction in adult burn patients.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted with 87 patients admitted to the Clinical Surgical University Hospital "Faustino Pérez", in Matanzas, Cuba, from January 2021 to December 2024. The following scales were assessed: revised Baux (rBaux), Abbreviated Burn Severity Index modified (ABSI_m), Belgian Outcome in Burn Injury (BOBI), Smith model, and Cuban Vital Prognosis Classification (CCPV in Spanish). Scale performance was evaluated using area under the ROC curve (AUC), sensitivity, specificity, and calibration (Hosmer-Lemeshow).

Results: The overall mortality rate was 32.18%. Mortality was significantly associated with age ≥ 61 years, total body surface area (TBSA) burned $\geq 40\%$, full-thickness burns, and the presence of comorbidities. The rBaux scale showed poor calibration ($p = 0.001$). Discriminatory capacity was excellent for ABSI_m



(AUC=0.91), very good for the Smith model (AUC=0.88), CCPV (AUC=0.87), and BOBI (AUC=0.87). ABSIm achieved the best balance of sensitivity (64.3%) and specificity (93.2%)

Conclusions: The ABSIm scale demonstrated the strongest discriminatory ability for predicting mortality in this cohort, supporting its potential utility in Cuban burn care settings.

INTRODUCCIÓN

La quemadura se definen como una lesión en la piel u otro tejido orgánico causada por fricción, frío, calor, radiación, productos químicos, biológicos o electricidad.⁽¹⁾ Según los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, las quemaduras originan la muerte de más de 180 000 personas al año. En países de medianos y bajos recursos, hasta el 95 % de los fallecimientos ocurren por dicha causa.⁽²⁾

Cuando se evalúa por primera vez a un paciente quemado, se tiene acceso inmediatamente a la información a partir de la cual se puede derivar un pronóstico, manejo oportuno y menos morbilidad.⁽³⁾ Se debe considerar la extensión, profundidad y localización de las quemaduras; edad, sexo, estado nutricional, comorbilidades, lesiones concomitantes, estado de conciencia, agente causal, escenario en que ocurre la quemadura y tiempo de evolución.⁽⁴⁾

Las escalas de pronóstico de mortalidad en lesiones por quemaduras han existido desde mediados del siglo XX. Tienen como objetivo predecir el cuadro clínico y generar una probabilidad de complicación o muerte esperada.⁽⁵⁾ Hasta la fecha, internacionalmente se han creado y validado más de cuarenta, cada una con su propia precisión, sensibilidad y especificidad.⁽⁶⁾

Existe consenso en que la precisión debe ser una prioridad en una herramienta de predicción clínica.⁽⁷⁾ Debe demostrar una buena discriminación, definida como la capacidad de clasificar adecuadamente a los pacientes, de modo que las tasas de resultados observadas y previstas sean lo más cercanas posible.⁽⁸⁾

En el Servicio de Caumatología del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas, se han observado casos residuales, donde el resultado observado no fue congruente con el pronóstico de la Clasificación Cubana de Pronóstico de Vida. Por consiguiente, la investigación tiene como objetivo evaluar escalas pronósticas de mortalidad en pacientes quemados ingresados en dicho servicio en el período 2021-2024.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Caumatología del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas, en el período enero de 2021 a diciembre de 2024. El universo estuvo constituido por 89 pacientes hospitalizados con pronóstico de grave, muy grave, crítico y crítico extremo, según la Clasificación Cubana de Pronóstico de Vida, independientemente de la etiología de la quemadura.

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos con edad igual o mayor de 19 años.

Criterios de exclusión: pacientes en los que a través de autopsia se determinó causa de muerte no relacionada con las lesiones por quemadura, embarazadas y púerperas.

Formaron parte del estudio 87 pacientes.

Variables: edad, sexo, comorbilidades, obesidad, superficie corporal quemada (%), profundidad, lesión por inhalación, probabilidad de fallecer (según cada escala evaluada) y estado del paciente al egreso.

Las escalas evaluadas y las variables contempladas en cada una de ellas son las siguientes:

Baux revisado (rBaux): superficie corporal quemada (%), edad y lesión por inhalación.

Índice de severidad de las quemaduras modificado (ABSIm): superficie corporal quemada (%), quemaduras de espesor total, lesión por inhalación, edad, obesidad y comorbilidades.

Belgian outcome in burn injury (BOBI): superficie corporal quemada (%), edad y lesión por inhalación.

Modelo de Smith: superficie corporal quemada (%), edad y lesión por inhalación.

Clasificación Cubana de Pronóstico de Vida (CCPV): superficie corporal quemada según profundidad (%).

El proceso investigativo se fundamentó en la dialéctica materialista como metodología general del conocimiento científico. La utilización de los métodos teóricos tuvo una función gnoseológica importante, ya que posibilitaron la interpretación conceptual de los datos empíricos recopilados; se emplearon el histórico-lógico, el analítico sintético y el inductivo-deductivo. Por su parte, los

métodos empíricos facilitaron la obtención de información y el juicio de los hechos básicos que describen el fenómeno afrontado en la investigación.

Los métodos estadísticos utilizados fueron la prueba Chi Cuadrado de Pearson, Curva Receiver Operating Characteristic (ROC), prueba de Hosmer-Lemeshow y medidas predictivas (sensibilidad, especificidad y exactitud). Para todas las variables se determinaron las frecuencias absoluta y relativa.

La información se recopiló de las historias clínicas de los individuos, previa autorización del Comité de Ética de la institución. El procesamiento se realizó a través del paquete estadístico para Windows Statistical Package for Social Sciences, versión 22, prefijándose un nivel de confianza del 95 %.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos, adoptados por la 75.^a Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Helsinki, Finlandia, en octubre de 2024. Se prestó especial atención a la confidencialidad, la preservación de la información y su utilización con fines estrictamente científicos. La investigación no constituyó riesgo alguno para los pacientes.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que en el período analizado el comportamiento de la mortalidad por sexo fue similar (31,82 % vs. 32,56 %) para el masculino y femenino, respectivamente.

Tabla 1. Distribución de pacientes quemados según sexo y estado al egreso

Sexo	Total (n=87)		Estado al egreso				p
			Vivos n = 59 (67,82 %)		Fallecidos n = 28 (32,18 %)		
	Fa.	Fr. (%)	Fa.	Fr. (%)	Fa.	Fr. (%)	
Masculino	44	50,57	30	68,18	14	31,82	0,941
Femenino	43	49,43	29	67,44	14	32,56	

Fa.: frecuencia absoluta; Fr.: frecuencia relativa

En la tabla 2 se observa que en el grupo etario menor o igual de 20 años (solo tres pacientes) falleció el 33,33 %. A partir del grupo de 21-40 años (18,52 %) se evidenció una tendencia creciente de la mortalidad, que se elevó a 80,0 % en los de 81 y más años.

Tabla 2. Grupos etarios y estado al egreso

Grupo etario (años)	Total (n=87)		Estado al egreso				p
			Vivos n = 59 (67,82 %)		Fallecidos n = 28 (32,18 %)		
	Fa.	Fr. (%)	Fa.	Fr. (%)	Fa.	Fr. (%)	
≤20	3	3,45	2	66,67	1	33,33	0,965
21-40	27	31,03	22	81,48	5	18,52	0,067
41-60	34	39,08	26	76,47	8	23,53	0,166
61-80	18	20,69	8	44,44	10	55,56	0,017
≥81	5	5,75	1	20,00	4	80,00	0,018

Fa.: frecuencia absoluta; Fr.: frecuencia relativa

La tabla 3 muestra el estado al egreso según las comorbilidades de los pacientes. Falleció el 75 % de los que presentaban hipertensión arterial/ diabetes mellitus, el 40,91 % de los que solo padecían de hipertensión, el 33,33 % de los diabéticos y el 23,08 % de los obesos.

Tabla 3. Comorbilidades y estado al egreso

Comorbilidades	Total n = 51 (58,62 %)		Estado al egreso				p
			Vivos n = 32 (54,24 %)		Fallecidos n = 19 (67,86 %)		
	Fa.	Fr. (%)	Fa.	Fr. (%)	Fa.	Fr. (%)	
Obesidad	13	25,49	10	76,92	3	23,08	0,446
Hipertensión arterial	22	43,14	13	59,09	9	40,91	0,311
Diabetes mellitus	3	5,88	2	66,67	1	33,33	0,965
Hipertensión arterial/ diabetes mellitus	4	7,84	1	25,00	3	75,00	0,061
Asma	5	9,80	4	80,00	1	20,00	0,548
Asma/ diabetes mellitus	1	1,96	1	100,00	-	-	0,488
VIH/sida	1	1,96	-	-	1	100,00	0,144
Insuficiencia cardiaca	1	1,96	1	100,00	-	-	0,488
Hepatopatía	1	1,96	-	-	1	100,00	0,144

Fa.: frecuencia absoluta; Fr.: frecuencia relativa

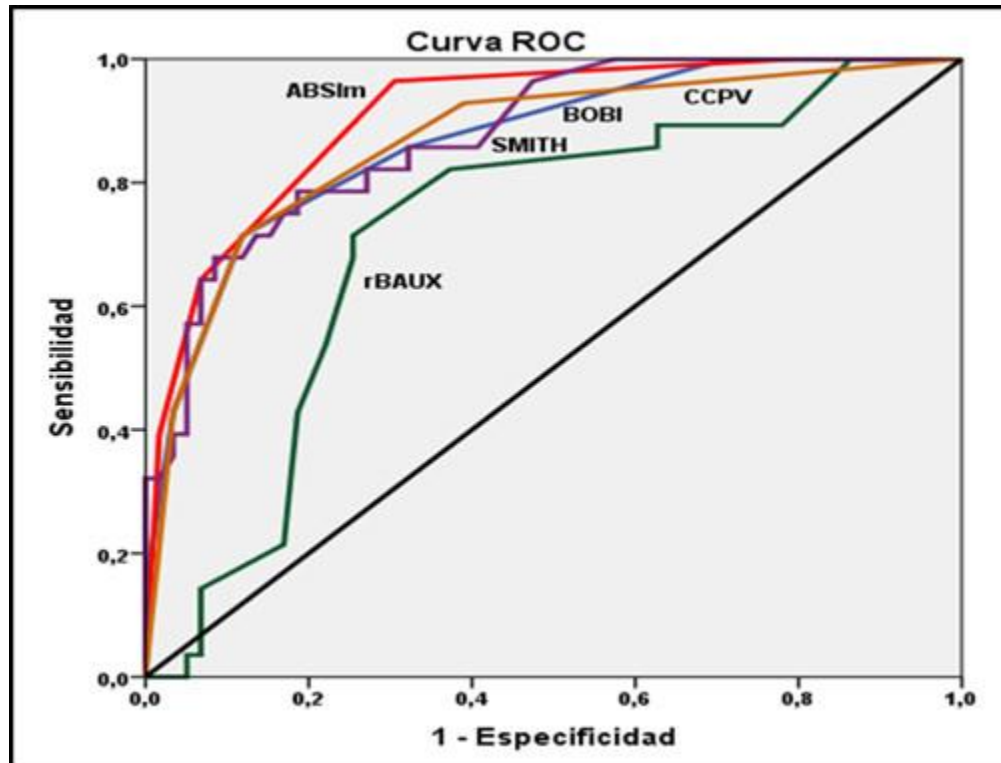
En la tabla 4 se observa una elevada mortalidad a partir del 40 % de superficie corporal quemada. Independientemente del área afectada, falleció el 45,61 % de los pacientes con lesiones de espesor total y el 53,33 % de los que, además, presentaban comorbilidades; así como el 50 % de los que tuvieron lesiones por inhalación.

Tabla 4. Características de la lesión y estado al egreso

Variables		Total (n = 87)		Estado al egreso				p
				Vivos n = 59 (67,82 %)		Fallecidos n = 28 (32,18 %)		
				Fa.	Fr. (%)	Fa.	Fr. (%)	
Superficie corporal quemada (%)	<20	41	47,13	36	87,80	5	12,20	-
	20-39	27	31,03	19	70,37	8	29,63	0,732
	40-59	7	8,05	1	14,29	6	85,71	0,002
	60-79	5	5,75	1	20,00	4	80,00	0,018
	≥80	7	8,05	2	28,57	5	71,43	0,020
Espesor total		57	65,52	31	54,39	26	45,61	-
Comorbilidades/ espesor total		30	34,48	14	46,67	16	53,33	0,002
Lesión por inhalación		4	4,60	2	50,00	2	50,00	0,435

Fa.: frecuencia absoluta; Fr.: frecuencia relativa

En el gráfico se exponen los resultados de la curva de eficacia diagnóstica o curva ROC. Para la muestra analizada se observa que la escala ABSIm posee una mejor relación entre sensibilidad y especificidad.



Gráf. Análisis de la predicción de mortalidad. Curva ROC.

En la tabla 5 se exponen los resultados del análisis de la capacidad discriminativa de las escalas pronósticas de mortalidad evaluadas. El análisis del área bajo la curva corroboró que la ABSIm (0,906) posee una capacidad discriminativa muy buena, con límite inferior de 0,843 y límite superior de 0,970, para un intervalo de confianza del 95 % y margen de error de 0,032.

Las escalas ABSIm y Smith obtuvieron valores iguales, con una predicción de mortalidad del 78,57 %, sensibilidad de 0,6428, especificidad de 0,9322 y exactitud de 0,8391; sin que existieran diferencias significativas entre la mortalidad esperada y la observada ($p > 0,05$).

A través de la prueba Hosmer y Lemeshow se identificó que, aunque la Clasificación Cubana de Pronóstico de Vida pronosticó 27 (96,43 %) de los pacientes fallecidos, el análisis de sensibilidad y especificidad mostró que solo coincidió en el 71,42 % de los realmente fallecidos y en el 88,13 % de los egresados vivos. El área bajo la curva y la exactitud fueron inferiores a las obtenidas por las escalas de Smith y ABSIm.

Tabla 5. Resultados del análisis de la capacidad discriminativa de las escalas pronósticas de mortalidad evaluadas

Escala	AUC	95 % IC		Error	Mortalidad observada Fa./Fr. (%)	Prueba de Hosmer y Lemeshow Fa./Fr. (%)	Sensibilidad	Especificidad	Exactitud	p
		LI	LS							
ABSI _m	0,906	0,843	0,970	0,032	28/ 32,18	22/ 78,57	0,6428	0,9322	0,8391	0,642
Smith	0,877	0,803	0,951	0,038		22/ 78,57	0,6428	0,9322	0,8391	0,297
CCPV	0,867	0,783	0,951	0,043		27/ 96,43	0,7142	0,8813	0,8276	0,519
BOBI	0,868	0,788	0,948	0,041		14/ 50,00	0,4285	0,9661	0,7931	0,294
rBaux	0,718	0,603	0,832	0,58		4/ 14,29	0,0357	0,9491	0,6552	0,001

Fa.: frecuencia absoluta; Fr.: frecuencia relativa

DISCUSIÓN

La mortalidad es una constante preocupación y motivo de análisis de los profesionales dedicados a la atención del paciente quemado, fundamentalmente en países menos desarrollados.

Un estudio realizado en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario General Calixto García, incluyó una muestra de 315 lesionados por quemaduras de cualquier extensión, profundidad y etiología; donde se identificó 23,2 % de fallecidos.⁽⁹⁾ En dicha institución también se analizó la evolución de pacientes de 60 años y más, donde el 43,13 % falleció, y de estos el 95,45 % eran grandes quemados.⁽¹⁰⁾ Por su parte, en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras se observó una mortalidad del 22,7 %, los no sobrevivientes presentaban mayor porcentaje de superficie corporal quemada.⁽¹¹⁾

En general, la mortalidad observada en el presente estudio fue superior; no obstante, los autores consideran importante resaltar que, aunque se incluyó a pacientes de todas las edades, se excluyó a los quemados leves y menos graves, según la Clasificación Cubana de Pronóstico de Vida.

Una investigación que analizó una muestra de 211 pacientes kuwaitíes observó 10,9 % de fallecidos. Los autores identificaron asociación estadística significativa de la mortalidad con el sexo femenino, la presencia de lesión de espesor total, el requerimiento de ventilación mecánica, la lesión por inhalación y la presencia de comorbilidades.⁽⁶⁾

Asimismo, un análisis que incluyó 15 559 pacientes de todas las edades asentados en el Registro Alemán de Quemados, identificó que la edad, la superficie corporal total, las quemaduras de espesor total y el traumatismo por inhalación se identificaron como factores significativos que influyen en la supervivencia. No se pudo confirmar que el sexo fuera significativo.⁽¹²⁾

A partir de los resultados obtenidos por un estudio que incluyó 2562 casos de pacientes con quemaduras en México, se demostró que la variable sexo no tenía impacto en la mortalidad; por lo que los autores recomendaron su exclusión de la escala ABSI.⁽¹³⁾ Coincidiendo con lo anteriormente descrito, los resultados obtenidos por los autores evidenciaron que la variable sexo no posee asociación estadística significativa con la mortalidad ($p = 0,941$), y confirma la pertinencia de la escala ABSIm.

Los resultados de la presente investigación coinciden con los obtenidos en otros estudios, en los que se ha demostrado que la edad está asociada a la mortalidad del paciente quemado.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ De forma independiente, ninguna de las comorbilidades se asoció con la mortalidad ($p > 0,05$); sin embargo, cuando concomitaron con lesiones de espesor total (independientemente del área afecta), se observó asociación estadística significativa ($p = 0,002$).

La superficie corporal quemada superior a 40 % también se asoció con la mortalidad ($p < 0,05$). No se identificó relación entre las lesiones por inhalación y el fallecimiento de los pacientes; sin embargo, de los cuatro pacientes que presentaron dicha condición, dos fallecieron.

Se ha evidenciado que los factores de riesgo relacionados con el paciente (modificables/no modificables), como edad, diabetes mellitus, obesidad, hipertensión y otras condiciones médicas previas, incrementan el riesgo de morbilidad. Aquellos con lesiones extensas y profundas, suelen estar predispuestos a complicaciones sépticas.⁽¹⁸⁾

La aparición de complicaciones durante la evolución del gran quemado es un aspecto decisivo en el desenlace de estos lesionados. A mayor extensión de superficie corporal quemada y mayor profundidad de las lesiones, la posibilidad de desarrollar algún tipo de complicación es superior. También influyen otros factores, entre los que se encuentran el estado inmunológico del paciente previo al evento, las enfermedades preexistentes y la edad.⁽¹⁹⁾

En cuanto a las quemaduras graves, estas dan lugar a reacciones de fase aguda, que pueden ir seguidas de una respuesta sistémica inflamatoria extensa y disfunción orgánica múltiple. Los resultados, y en particular la mortalidad, dependen, por consiguiente, de las reservas fisiológicas de los pacientes, que disminuyen con la presencia de comorbilidades y la edad avanzada.⁽²⁰⁾ A ello se adiciona una capacidad inmunológica más débil para combatir las infecciones posteriores y una piel más fina que provoca lesiones más graves.⁽¹⁶⁾ Otros autores coinciden en que las enfermedades preexistentes incrementan el riesgo de mortalidad en el quemado.^(19,21-23)

En los quemados con lesiones extensas, incluidos los no diabéticos, suele existir un estado de hiperglicemia y resistencia a la insulina, inducido por el estrés agudo. Este mecanismo es amplificado al combinarse con la presencia de diabetes mellitus tipo 2, pudiendo incluso provocar complicaciones agudas como

la cetoacidosis diabética. También es conocido que los pacientes diabéticos suelen presentar una respuesta inmunológica disfuncional. La hiperglicemia actúa como factor de riesgo independiente para la aparición de infecciones y sepsis; y más significativamente aún, se asocia a mayor riesgo de muerte.⁽²²⁾

Se ha observado que los pacientes obesos quemados poseen tres veces más posibilidades de complicarse y hasta 8,3 veces de morir.⁽¹⁰⁾ En una revisión bibliográfica, que incluyó 17 estudios con un total de 120 190 pacientes, se mostró que la obesidad representa un reto en la reanimación hídrica, en la curación de la quemadura y en el manejo de la vía aérea, hemodinamia, ventilación, metabolismo, nutricional y perioperatorio. Ello incrementa los días de estadía hospitalaria, la morbilidad y mortalidad, en comparación con los que no presentan obesidad o sobrepeso.⁽²³⁾

Aunque se ha insistido en que las escalas de pronóstico de mortalidad en el paciente quemado deben demostrar una buena discriminación, muchas tienen un defecto crítico: no tienen en cuenta las comorbilidades de los pacientes.⁽¹⁴⁾

No existe un modelo universal que se haya establecido como superior para la predicción de la mortalidad por quemaduras. De hecho, las puntuaciones y modelos existentes representan explicaciones con diferentes ponderaciones de variables similares. Por lo tanto, la validación externa de estas puntuaciones sigue siendo esencial para identificar el más adecuado para su aplicación clínica regional. El modelo ideal de mortalidad por quemaduras debería combinar un alto grado de precisión con simplicidad de uso.⁽²⁰⁾

De las escalas analizadas, solo la rBaux evidenció la existencia de diferencias significativas entre la mortalidad esperada y la observada ($p = 0,001$). De forma general, se observó que, para la muestra analizada, todas las escalas pronósticas evaluadas fueron mejores predictores de supervivencia que de mortalidad.

Se concluye que la escala ABSIm, que incluye la obesidad y otras comorbilidades presentes, es fácil de emplear y posee una capacidad discriminativa muy buena, por lo que debe ser empleada para pronosticar la mortalidad del paciente quemado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade Ponce AC, Soria Álvarez CE, Aguirre Esparza KL, et al. Actualización en el manejo de las quemaduras: Artículo de revisión. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanid. 2024;5(4):3324-37. DOI: 10.56712/latam.v5i4.2497.



2. Montoya M, Salinas AM, Vásquez Sañudo V, et al. Área letal 50 en el paciente quemado en un centro de remisión en Antioquia. Iatreia [Internet]. 2023 [citado 18/02/2025];36(3). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/346721>
3. Álvarez Silva JS, Toledo Asanza JA, Montero Altamirano AD, et al. Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico y manejo del paciente quemado. Dom Cien. 2023;9(3):2381-99. DOI: 10.23857/dc.v9i3.3565.
4. Christofides C, Moore R, Nel M. Baux score como predictor de mortalidad en una unidad de quemados del adulto. J Surg Res [Internet]. 2020 [citado 18/02/2025];251:53-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32113038/>
5. García Mercado LM. Caracterización, complicaciones y uso del índice abreviado de las quemaduras (ABSI) en pacientes quemados graves en el Hospital Dr. Fernando Vélez Paíz [tesis en Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020 [citado 17/01/2025]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/13925/>
6. Hassan Z, Burhamah W, Alabdulmuhsen S, et al. Análisis y precisión de las puntuaciones de predicción de mortalidad en pacientes con quemaduras ingresados en la unidad de cuidados intensivos de quemados (UCIC). Ann Med Surg [Internet]. 2021 [citado 21/01/2025];65:102249. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33912341/>
7. Greenhalgh DG. Operative Management of Burns: Traditional Care. Eur Burn J. 2023;4(2):262-79. DOI: 10.3390/ebj4020024.
8. Solomon LJ. Mortality risk prediction models: Methods of assessing discrimination and calibration and what they mean. South Afr J Crit Care. 2022;38(1):2-3. DOI: 10.7196/SAJCC.2022.v38i1.548.
9. Rodríguez Rodríguez YR, Vega Rojas M, Lozada China M, et al. Complicaciones y mortalidad en pacientes con quemaduras del Hospital Universitario "General Calixto García". Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2022 [citado 28/02/2025];10(2). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e847/788>
10. Zaldívar Castillo D, Yauri Larrazábal JJ, Díaz Quesada M. Epidemiología del trauma térmico en ancianos. Rev Argent Quemad [Internet]. 2023 [citado 03/03/2025];33(3). Disponible en: <http://raq.fundacionbenaim.org.ar/epidemiologia-del-trauma-termico-en-ancianos/>



11. Rodríguez Garcell R, Sánchez Santini R, Miquet Romero LM. Utilidad de la clasificación cubana de pronóstico de vida del paciente quemado. Cir Estetic Repar [Internet]. 2023 [citado 04/02/2025];1(1). Disponible en: <https://revcer.sld.cu/index.php/cer/article/view/6>
12. Bartels PM. El ABSI ha muerto, larga vida al ABSI: predicción fiable de supervivencia en quemaduras con un Índice de Gravedad de Quemaduras Abreviado modificado [tesis en Internet]. Hamburgo: Universidad de Hamburgo; 2022 [citado 29/03/2025]. Disponible en: <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/10791/1/dissertation.pdf>
13. Cuenca Pardo J, Álvarez Díaz CJ. Evaluación del índice de severidad de las quemaduras (ABSI) en pacientes atendidos en la Unidad de Quemados del Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la Fuente Narváez del IMSS. Cir Plast [Internet]. 2013 [citado 08/02/2025];23(1):5-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44066>
14. Amir Mrad M, Al Qurashi A, Shah Mardan Q, et al. Modelos de riesgo para predecir la mortalidad en pacientes con quemaduras: una visión y un metaanálisis. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022;10(12):e4694. DOI: 10.1097/GOX.0000000000004694.
15. Acevedo Marino KG. Eficacia del Índice de Severidad ABSI modificado para evaluar el pronóstico en pacientes quemados graves [tesis en Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017 [citado 08/02/2025]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1430322>
16. Yazıcı H, Uçar AD, Namdaroglu O, et al. Modelos de predicción de mortalidad para pacientes con quemaduras graves: ¿cuál es el mejor? Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2022;28(6):790-5. DOI: 10.14744/tjtes.2021.29540.
17. Brandão C, Meireles R, Brito I, et al. The Role of Comorbidities on Outcome Prediction in Acute Burn Patients. Ann Burns Fire Disasters [Internet]. 2021 [citado 23/03/2025];34(4):323-33. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8717902/>
18. Markiewicz-Gospodarek A, Koziol M, Tobiasz M, et al. Cicatrización de heridas por quemaduras: complicaciones clínicas, atención médica, tratamiento y tipos de apósitos: el estado actual del conocimiento para la práctica clínica. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3):1338. DOI: 10.3390/ijerph19031338.
19. Moya Rosa EJ, Moya Corrales Y. Complicaciones en los pacientes quemados. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2022 [citado 03/03/2025];26:e9306. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9306>



20. Obed D, Salim M, Dastagir N, et al. Análisis comparativo de puntuaciones compuestas de predicción de mortalidad en pacientes con quemaduras en cuidados intensivos. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12321. DOI: 10.3390/ijerph191912321.
21. Abarca L, Guilabert P, Martín N, et al. Epidemiología y mortalidad en pacientes hospitalizados por quemaduras en Cataluña, España. *Sci Rep*. 2023;13(1):14364. DOI: 10.1038/s41598-023-40198-2.
22. Alvear Hermosa HI, Bravo Vega PA, Pérez Naranjo ME, et al. Impacto de la diabetes mellitus en el manejo del paciente quemado. *Rev Latinoam Hipertens [Internet]*. 2021 [citado 26/03/2025];16(5):402-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1702/170271860012/html/>
23. Carrillo Esper R, Galindo Mendoza L, Sánchez Medina JR, et al. Consenso multidisciplinario sobre terapia nutricional en el paciente quemado. *Med Crit*. 2022;36(s1):s4-40. DOI: 10.35366/105375.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Contribución de autoría

José Luis Garriga-Ortega: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización, redacción del borrador original, y redacción, revisión y edición.

Lázara Aleida Asín-Diago: metodología, y redacción, revisión y edición.

Adrián Rodríguez-Tabares: curación de datos, redacción del borrador original, y redacción, revisión y edición.

Ana María Carballo-Castillo: curación de datos, redacción del borrador original, y redacción, revisión y edición.

José Luis Garriga-Alfonso: curación de datos, análisis estadístico y recursos.

