



CUADRO SINOPTICO

Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: ERIKA YATZIRI CASTILLO FIGUEROA

TEMA:QUEMADURAS

PARCIAL: I

MATERIA: PRACTICA CLINICA II

NOMBRE DEL PROFESOR:ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 7°

QUEMADURAS

DEFINICION

como la lesión producida por un cambio de energía y temperatura, sea productora de calor o frío, e independiente de la etiología, ya sea térmica, química, radioactiva o eléctrica

Este grupo de pacientes se presenta con gran frecuencia en los Servicios de Urgencias, un alto porcentaje requiere atención en una Unidad de Cuidados Intensivos. Para normar la conducta a seguir con un paciente quemado se debe iniciar con clasificar las lesiones

CLASIFICACION DE QUEMADURAS

- Grado I — Superficial — Seca, eritematosa, palidece con la compresión, muy dolorosa
- Grado II-A — Parcial superficial — Eritematosa, brillante, con ampollas, palidece con la presión, muy dolorosa
- Grado II-B — Parcial profunda — Eritematosa, brillante, con ampollas que se rompen fácilmente, no palidece con la presión, duele a la presión
- Grado III — Profunda — Blanquecina o grisácea, seco y con pérdida de la elasticidad del tejido, no palidece, poco o nulo dolor
- Grado IV — Total — Involucra tejido muscular, fascia, cápsula articular y hueso, en abdomen y tórax puede llegar a evidenciar órganos internos

METODOS

- La regla de la palma — En donde la superficie anterior de la mano del paciente representa 1% de superficie corporal y esto se compara con el área quemada.
- la regla de los nueves — cada extremidad inferior 18%, cada extremidad superior 9%, tórax anterior y posterior 18%, abdomen 9%, región lumbar 9%, cabeza 9% y región genital 1%

ALTERACIONES FISIOPATOLÓGICAS EN LA QUEMADURA

- Zona de coagulación — Constituye el epicentro de la quemadura, en donde el tejido lesionado no es viable, evoluciona a necrosis.
- Zona de isquemia o estasis — Rodea a la zona de coagulación, no se encuentra desvitalizada; sin embargo, presenta daño microvascular importante que puede evolucionar a necrosis, ésta es el área objetivo de una
- Zona de hiperemia — Es el espacio circunscrito a la zona previa, presenta vasodilatación por los mediadores inflamatorios liberados en la zona isquémica, es un segmento viable de la lesión.

MANEJO DEL PACIENTE QUEMADO

Todos los pacientes quemados deben ser manejados de forma inicial en el Servicio de Urgencias, la evaluación debe comprender el ABCDE de la reanimación inicial, asegurando la permeabilidad de la vía aérea, en particular en los pacientes con quemaduras faciales o por inhalación y deflagración.

la fórmula más aceptada es la de Parkland,

- Primer día: 4 mL x peso x SCQ, 50% en las primeras 8 h y 50% en las siguientes 16 h, partiendo desde el momento de la quemadura.
- Días siguientes: a) 0 a 10 kg = 4 mL/kg/h. b) 11 a 20 kg = 40 mL/h + 2 mL/kg/h. c) > 20 kg = 60 mL/h + 1 mL/kg/h.

La vitamina C

ha demostrado efecto antioxidante en macro dosis, 10 g IV en las primeras 6 h, disminuye el requerimiento de soluciones hasta en 50% en modelos animales.

Los coloides

pueden ser utilizados para disminuir el aporte hídrico total de cristaloides, en especial en los pacientes que presentan estado de choque refractario al volumen inicial; asociada a esto se puede adicionar albúmina a las soluciones de base a razón de 0.5 mL/kg/SCQ.

Las terapias extracorpóreas

de purificación sanguínea pueden remover mediadores inflamatorios y productos de la degradación tisular y muscular, lo que disminuye la inflamación, fuga capilar, edema y lesión tisular consecuente, con menos necesidad de vasopresores en los pacientes que presentan estado de choque, además de prevenir o revertir la lesión renal aguda sea por inflamación y por rhabdomiólisis

SEPSIS EN EL PACIENTE

Los pacientes quemados presentan una respuesta fisiológica alterada, con cambios en la regulación térmica, hídrica, alteraciones de la coagulación, entre otros, por esto, los criterios de respuesta inflamatoria sistémica se ven modificados como se expone

A diferencia de los pacientes no quemados, los cambios encontrados hasta los siete o 14 días pueden ser asociados a la quemadura.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Es prioridad reconocer las limitaciones del hospital en donde se recibe al paciente quemado, que por tratarse de emergencia, muchas veces ingresa a nosocomios que no cuentan con los recursos adecuados para optimizar la atención. se publicaron los criterios para referir a un paciente quemado a una unidad de tercer nivel:

• Pacientes pediátricos menores de dos años o adultos mayores de 65 años con quemaduras de grado II-B o III con más de 10% de SCQ

• Cualquier paciente con quemaduras grado II-B o III en más de 20% SCQ.

• Quemadura grado II-B o III en áreas especiales (cara, manos, pies, genitales, perineo).

• Quemaduras en paciente con enfermedad previa que puedan complicar el manejo, prolongar la recuperación o afectar la mortalidad.