



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO.

NOMBRE DEL ALUMNO: ITALIA YOANA ESTEBAN MENDOZA.

TEMA: QUEMADURAS.

PARCIAL: PRIMER PARCIAL.

MATERIA: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PROFESOR: ERVIN SILVESTRE CASTILLO.

LICENCIATURA: ENFERMERIA “ESCOLARIZADO”.

CUATRIMESTRE: SEPTIMO CUATRIMESTRE.

QUEMADURAS

¿Qué es?

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 producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes.

- Físicos: llamas, líquidos, objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío, etc.
- Químicos: Cáusticos.
- Biológicos.

Clasificación:

- 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.
- IV Total Involucra tejido muscular, fascia, cápsula articular y hueso, en abdomen y tórax puede llegar a evidenciar órganos internos

SCQ

Una vez establecido el grado de quemadura se debe determinar la extensión de la misma para establecer la severidad e iniciar el manejo; para ello existen varios métodos:

- Se puede utilizar 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%.⁴ El esquema de Lund-Browder, aunque es el más antiguo, sigue siendo vigente.

Alteraciones fisiopatológicas en la quemadura

Posterior a la agresión térmica se activan mediadores inflamatorios como histamina, leucotrienos, tromboxano e interleucinas en particular sobre la estructura endo vascular de la zona afectada, aumentando la permeabilidad vascular, con esto el paso de plasma, electrolitos y agua al espacio intravascular; posteriormente se genera pérdida del tono vasomotor, lo que aumenta el edema del tejido lesionado; además la pérdida de la barrera cutánea genera aumento de pérdidas insensibles, como fue calculado por Davies: $QEV = (0.35 \times SCT \times SCQ)/100$, En donde QEV es el gasto por evaporación, 0.35 es una constante, SCT la superficie corporal total y la SCQ la superficie corporal quemada estimada por los métodos antes comentados, e incrementa el riesgo de infección

QUEMADURAS

Zonas concéntricas postuladas por Jackson

- 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 adecuada reanimación.
- Zona de hiperemia. Es el espacio circunscrito a la zona previa, presenta vasodilatación por los mediadores

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. El aporte hídrico es primordial, existen varios métodos para calcular el aporte hídrico, la fórmula más aceptada es la de Parkland, recordando que el máximo a calcular es a 50% de SCQ:

- Primer día: $4 \text{ mL} \times \text{peso} \times \text{SCQ}$, 50% en las primeras 8 h y 50% en las siguientes 16 h, partiendo desde el momento de la quemadura.
- Días siguientes:
 - 0 a 10 kg = 4 mL/kg/h.
 - 11 a 20 kg = 40 mL/h + 2 mL/kg/h.
 - 20 kg = 60 mL/h + 1 mL/kg/h.

Sepsis en el paciente quemado:

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