



Nombre de la alumna:

Litzi Liliana Roblero Morales

Nombre del profesor:

Ervin Silvestre Castillo

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico “Quemaduras”

Materia:

Práctica clínica de enfermería II

Grado:

7° cuatrimestre semi-sabado

Grupo: “A”

QUEMADURAS

Es una 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.

Clasificación

I Superficial: Seca, eritematosa, palidece con la compresión, muy dolorosa.
II-A Parcial superficial: Eritematosa, brillante, con ampollas, palidece con la presión, muy dolorosa.
II-B Parcial profunda: Eritematosa, brillante, con ampollas que se rompen fácilmente, no palidece con la presión, duele a la presión.

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 endovascular de la zona afectada, aumentando la permeabilidad vascular.

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.

Sepsis en el paciente quemado

Los pacientes quemados presentan una respuesta física lógica 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.

Criterios de referencia

En la Guía de Práctica Clínica¹⁶ para el diagnóstico y tratamiento del paciente "gran quemado" (IMSS-040-08) se publicaron los criterios para referir a un paciente quemado a una unidad de tercer nivel como son:

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.

Regla de los nueve: cada extremidad inferior 18%, cada extremidad superior 9%, tórax anterior y posterior 18%, abdomen 9%, región lumbar 9%, cabeza 9% y región genital 1%.

Esquema de Lund-Browder:

Área	1 año	Área	1 año
Cabeza	9.5,	Cuello	1,
Tórax	13,	Brazo	2,
Antebrazo	1.5,	Mano	1.25,
Muslo	2.75,	Pierna	2.5,
Pie	1.75,	Glúteos	2.5,
Genitales	1		

Fue calculado por Davies: **QEV = (0.35 x SCT x 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, e incrementa el riesgo de infecciones.

En 1963 Jackson⁸ postuló las zonas concéntricas de toda quemadura, independiente del grado, explicando así la fisiopatología de cada una:
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.
Zona de hiperemia: es el espacio circunscrito a la zona previa, presenta vasodilatación por los mediadores inflamatorios liberados en la zona isquémica.

Para calcular el aporte hídrico, la fórmula más aceptada es la de Parkland que es a 50% de SCQ:
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.

Todo paciente que es evaluado requiere solicitar estudios de ingreso en especial en el quemado por electricidad, pruebas de coagulación, hemotipo, gasometría, radiografía de tórax y electrocardiograma de 12 derivaciones. Durante la evaluación y reanimación inicial se deben buscar lesiones que puedan generar síndrome compartimental, entre otros.

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

Criterios de sepsis en el paciente quemado:

Parámetro	Rango
Temperatura	< 36.5 °C > 39 °C
Taquicardia	> 110 x' (o > 2 DS en niños)
Taquipnea	> 25 x' VM > 12 L/min (o > 2 DS en niños)

Trombocitopenia < 100,000/mm³ Disminución > 20% en las primeras 24 h. **Hiper glucemia** > 200 mg/dL en ausencia de diabetes Resistencia a insulina (> 7 UI/h en infusión). **Imposibilidad de alimentación enteral** Intolerancia de la alimentación enteral > 24 h (doble del volumen infundido por hora en adultos o > 150 mL/h en niños) Diarrea incontrolable (> 2,500 mL/día en adultos o > 400 mL/día en niños)

- 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 eléctricas.
- Quemaduras químicas.
- Quemaduras de vías aéreas
- Quemaduras en paciente con enfermedad previa que puedan complicar el manejo, prolongar la recuperación o afectar la mortalidad.

- Cualquier paciente con quemaduras y trauma concomitante (como fractura) en el que la quemadura incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Lesiones que no han sanado en más de 14 días o con presencia tardía de dolor, fiebre y exudados.