



**NOMBRE DEL ALUMNO: LESLY LÓPEZ ROBLERO**

**NOMBRE DEL PROFESOR: ERVIN SILVESTRE CASTILLO**

**NOMBRE DEL TRABAJO: CUDRO SINOPTICO DE  
QUEMADURAS**

**MATERIA: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II**

**GRADO: SÉPTIMO SEMESTRE**

**GRUPO: A**

Comalapa Chiapas a 27 de septiembre de 2021

# Atención inicial del paciente quemado en UCI: revisión y algoritmo

**La atención del paciente quemado requiere rápida intervención por el Servicio de Urgencias y en forma posterior por la Unidad de Cuidados Intensivos**

Quemadura se define 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

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

Con los datos del interrogatorio dirigido, los antecedentes de cada paciente, la cinemática de la quemadura, el grado y la superficie de la lesión, se debe establecer la severidad

**alteraciones fisiopatológicas en la quemadura**

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

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 infecciones

En 1963 Jackson<sup>8</sup> 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; sin embargo, presenta daño micro vascular 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

Todo paciente que es evaluado requiere solicitar estudios de ingreso, se recomienda obtener una biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, enzimas musculares y cardiacas, 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 comportamental o que requieran manejo quirúrgico urgente, como las quemaduras en cara, manos, pies, genitales, ojos, oídos.

**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

En los pacientes que cumplen criterios de quemaduras se deben tomar cultivos de sangre, expectoración, orina, biopsia de lesión, revalorar heridas quirúrgicas e injertos aplicados, y con esto determinar si se inicia o se ajusta el manejo antibiótico.

**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

En la Guía de Práctica Clínica<sup>16</sup> para el diagnóstico y tratamiento del paciente "gran quemado" (IMSS-040-08)

Para el manejo integral del paciente quemado en agudo se han propuesto diferentes métodos

**REFERENCIAS 1. Baxter CR. Management of burn wounds. Dermatol Clin 1993; 11(4): 709. 2. Martens DM, Jenkins ME, Warden GD. Outpatient burn management. Nurs Clin North Am 1997; 32(2): 343**