



**Mi Universidad**

Tt

## **MAPA CONCEPTUAL**

**NOMBRE DEL ALUMNO: Karina Muñoz Ross**

**TEMA: QUEMADURAS**

**PARCIAL: Primer Parcial**

**MATERIA: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Ervin Silvestre Castillo**

**LICENCIATURA: Enfermeria**

**CUATRIMESTRE: SEPTIMO**

-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

-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.

-Una vez establecido el grado de quemadura se debe determinar la extensión de la misma para establecer la severidad e iniciar el manejo

-La superficie anterior de la mano del paciente representa 1% de superficie corporal y esto se compara con el área quemada

-Otro método es la regla de los nueves (Figura 1): 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

-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

-Posterior a la agresión térmica se activan mediadores inflamatorios como histamina, leucotrienos, tromboxano e interleucinas en particular

-Clasificación de las quemaduras

- grado I: Superficial
- Grado IIA y IIB: Parcial superficial y Parcial Profundo
- Grado III: Profunda
- Grado IV: Total

-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 inflamatorios liberados en la zona isquémica, es un segmento viable de la lesión.

Quemaduras

-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

- 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, se recomienda obtener una biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, enzimas musculares y cardíacas

-La vitamina C ha demostrado efecto antioxidante en macrodosis,- 10 g IV en las primeras 6 h, disminuye el requerimiento de soluciones hasta en 50% en modelos animales.

- en especial en los pacientes que presentan estado de choque refractario al volumen inicial. -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 rabiomiolisis.

-Durante la evaluación y reanimación inicial se deben buscar lesiones que puedan generar síndrome compartamental 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, 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.

-Quemaduras

-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) 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 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.

-Evaluación ABCDE

-Calcular SCQ

-Oxigenoterapia Vía periférica permeable Valorar CVC Sonda urinaria

-Toma de paraclínicos BH, QS, ES,EZ, PFH, TP, TPT, gas A/V, hemotipo, Rx, EGO

-Solicitar interconsultas

CRITERIOS DE REFERENCIA