



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: ANGEL DE JESUS REYES RAMIREZ

TEMA: QUEMADURAS

MATERIA: PRACTICA CLINICA II

NOMBRE DEL PROFESOR: ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 7MO

FRONTERA COMLAPA, CHIAPAS A 16 DE OCTUBRE DEL 2022

QUEMADURAS

¿QUE SON?

Son un tipo de lesión producida por un cambio brusco de energía y temperatura. Algunos agentes que ocasionan esta lesión es energía térmica, química, radioactiva, y eléctrica

Las quemaduras no solamente son ocasionadas por calor, sino también por frío. .

Se pueden clasificar por medio de su extensión.

- La regla de la palma, que consiste en la comparación de las manos del paciente con el resto de superficie corporal.
- El método de los 9, nos indica que cada extremidad inferior 18%, cada extremidad superior 9%, tórax anterior y posterior 18%, abdomen 9%, región lumbar 9%, cabeza 9% y región genital 1%

El método de los 9, esta basado en el modelo de Lund Browder.

Es importante saber como fue la cinemática de la quemadura y cual fue el agente causal. Esta información se adquiere del paciente o del acompañante. Esto nos proporciona información clave para el diagnóstico y tratamiento de la lesión.

ALTERACIONES FISIOPATOLOGICAS EN LA QUEMADURA

Ocurrida la quemadura se desencadenan diversos mecanismos de defensa que tratan de mediar esta lesión. Algunos de ellos son:

- Histamina
- Leucotrienos
- Tromboxano
- Interleucinas

Aumentando la permeabilidad vascular con el paso de:

- Plasma
- Electrolitos
- Agua

Apareciendo edema y pérdidas insensibles debido al tejido lesionado.

Davies nos deja una fórmula para calcular el gasto por evaporación que equivale a las pérdidas insensibles:

$$QEV = (0.35 \times SCT \times SCQ) / 100$$

Siendo QEV el gasto de evaporación, 0.35 constante y SCQ la superficie corporal quemada.

Una quemadura distingue ciertas partes según Jackson:

- La zona de coagulación es el epicentro y su tejido evoluciona a necrosis.
- Su zona de isquemia o estasis rodea a la de coagulación presentando daño microvascular que puede evolucionar a necrosis.
- Y la zona de hiperemia es lo que rodea a las anteriores que presenta vasodilatación sin riesgo de necrosis.

MENEJO DEL PACIENTE QUEMADO

En primera línea se comienza el ABCDE asegurando la vía aérea. Junto con esto se debe realizar un aporte hídrico calculado por la regla de Parkland.

- 1er día: $4ml \times peso \times SCQ$
- Días sig: 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.

De manera complementaria se necesitan exámenes como:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Electrolitos séricos
- Enzimas musculares y cardíacas
- Pruebas de coagulación
- Hemotipo
- Gasometrías
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma de 12 derivaciones.

El tratamiento se basa en:

- Vitamina C 10 g IV c/6rs
- Solución base coloides
- Terapias extracorpóreas
- Manejo quirúrgico en lesiones graves.

SEPSIS EN EL PACIENTE QUEMADO

Respuestas fisiológicas alteradas en pacientes quemados:

- Regulación térmica
- Cambios en relación hídrica
- Alteraciones de la coagulación

Lo que nos indica que el organismo puede estar expuesto a una sepsis

Por lo que normalmente se llevan a cabo pruebas como:

- Cultivos de sangre
- Expectoración
- Orina
- Biopsias
- Valoración avanzada de heridas.

CRITERIO DE REFERENCIA

Estas medidas nos indican que pacientes se pueden atender en un hospital de primer y segundo nivel. Y cuales deben ser atendidos en un tercer nivel.

- < 2 años o > 65 con quemaduras de 2do grado
- Quemaduras de 2do y 3er grado con más de 20% SCQ
- Quemaduras eléctricas, químicas, vías aéreas y enfermedades crónicas.
- Quemaduras con tramstismo

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.
3. Sheridan RL, Petras L, Basha G, Salvo P, Cifrino C, Hinson M, et al. Planimetry study of the percent of body surface represented by the hand and palm: sizing irregular burns is more accurately done with the palm. *J Burn Care Rehabil* 1995; 16(6): 605.
4. Wachtel TL, Berry CC, Wachtel EE, Frank HA. The interrater reliability of estimating the size of burns from various burn area chart drawings. *Burns* 2000; 26(2): 156.
5. Lund CC, Browder NC. The estimation of areas of burns. *Surg Gynecol Obstet* 1944; 79: 352.
6. Hartford CE, Kealey CP. Care of outpatient burns. En: *Total Burn Care*. 3a Ed. Herndon DN. Philadelphia: Elsevier; 2007.
7. Bracho F. La respuesta inmunológica a las quemaduras. *Rev Med Int Med Crit* 2005; 2(2): 17-20.
8. Jackson DM. The diagnosis of the depth of burning. *Br J Surg* 1953; 40: 588-96.
9. Greenhalgh DG. Burn resuscitation: the result of the ISB/ABA survey. *Burns* 2010; 36(2): 176-82.
10. Greenhalgh DG. Fluid resuscitation in burns. *Burns* 2010; 36(8): 13-6.
11. Tanaka H, Matsuda T, Miyagantani Y, et al. Reduction of resuscitation fluid volumes in severely burned patients using ascorbic acid administration: a randomized, prospective study. *Arch Surg* 2000; 135(3): 326-31.
12. Bacomo FK, Chung K. A primer on burn resuscitation. *J Emerg Trauma Shock* 2011; 4(1): 109-13.
13. Cochran A, Morris SE, Edelman LS, Saffle JR. Burn patient characteristics and outcomes following resuscitation with albumin. *Burns* 2007; 33: 25-30.
14. Lawrence A, Faraklas IM, Watkins H, Allen A, Cochran A, Morris S, et al. Colloid administration normalizes resuscitation ratio and ameliorates "fluid creep" *J Burn Care Res* 2010; 31: 40-7.
15. Greenhalgh DG, Saffle JR, Holmes JH, Gamelli RL, Palmieri TL, Horton JW, et al. American Burn Association consensus conference to define sepsis and infection in burns. *J Burn Care Res* 2007; 28: 776-90.
16. Consejo de Salubridad General. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del paciente "gran quemado": evidencia y recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-040-08. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>