

Manejo del Paciente Quemado

24

Manejo del Paciente Quemado

24

I	Introducción	1
II	Clasificación de las Quemaduras	1
III	Puerta de Entrada al Protocolo	2
IV	Valoración Inicial	2
V	Actitud Terapéutica Tratamiento del Gran Quemado Tratamiento del Quemado Leve	3
VI	Criterios de Ingreso Hospitalario	5
VII	Situaciones Especiales	6

Manejo del Paciente Quemado

I. Introducción

Se definen las quemaduras como la destrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo. No se conocen datos de la incidencia en nuestro medio. La hospitalización en Andalucía por quemaduras es de 14 por 100.000 habitantes y año. La literatura recoge como factores pronóstico: edad, extensión profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, el mecanismo o causa de la lesión, la existencia de patología previa y el tipo de accidente que lo produjo. Los accidentes que con mayor frecuencia producen quemaduras son los domésticos 59,3% siendo más frecuentes en niños y mayores de 69 años y provocando quemaduras pequeñas, sin embargo los accidentes de trabajo (30%) y de tráfico presenta con frecuencia quemaduras más extensas. Los mecanismos de producción más frecuentes son las llamas y los líquidos calientes.

II. Clasificación de las quemaduras

A. Por su profundidad

A1. Quemaduras epidérmicas (1º grado)

Aspecto enrojecido, eritematoso, no exudativo, sin flictenas o ampollas.

A2. Quemaduras dérmicas (2º grado)

• Quemaduras dérmicas superficial

Destacan la formación de flictenas o ampollas, siendo exudativas e hiperémicas, conservando los folículos pilosebáceos.

• Quemaduras dérmicas profundas

Las lesiones se extiende a capas profundas de la dermis. No forman ampollas, son exudativas marcadamente hiperermicas y muy dolorosas con afectación del folículo pilosebaceo.

A3. Quemaduras subdérmicas (3º grado)

• Quemaduras subdérmicas superficiales

Son indoloras por la total destrucción de las terminaciones nerviosas y su apariencia oscila, dependiente del mecanismo de producción entre el aspecto carbonaceo y el blanco nacarado.

• Quemaduras subdérmicas profundas

Son quemaduras que sobrepasan el espacio dérmico epidérmico y dañan estructuras subyacentes. Son indoloras.

III. Puerta de Entrada al Protocolo

IV. Valoración Inicial

B. Por el agente productor

- **Térmicas**
 - Llama**
 - Sólidos calientes**
 - Líquidos calientes**
- **Eléctricas**
- **Químicas**
- **Por radiación**

C. Según criterios de gravedad

C.1. Leves

- Quemaduras de 1º grado.
- Quemaduras de 2º grado < 10% de extensión
- Quemaduras de 3º grado < 2% de superficie corporal afectada

C.2. Graves

- Quemados de 2º con una extensión > 10% de la superficie corporal en adultos y > 5% en ancianos.
- Todos los quemados de 2º con localización en cráneo, cara, cuello, axilas, pies, genitales y pliegues de flexo-extensión, independientemente del porcentaje de zona quemada.
- Quemados de 3º grado.
- Todas las quemaduras que presenten patología grave asociada.
- Todas las quemaduras eléctricas y químicas.

Toda persona que sufre una quemadura por agentes físicos y/o químicos.

IV.1. Evaluación primaria

1. Actuar sobre el agente productor neutralizando su acción, asegurando la integridad del equipo de atención sanitaria.
2. Asegurar vía aérea (**A**): ante la posibilidad de obstrucción por edema. Signos que nos debe hacer pensar en una afectación severa de las vías respiratorias: **1.** Alteración del nivel de conciencia. **2.** Quemaduras faciales. **3.** Pérdida de vello en ceja y/o nariz. **4.** Esputos carbonáceos. **5.** Lesiones agudas inflamatorias en orofaringe **6.** Ronquera o estridor. **7.** Paciente con probable exposición a humos. **8.** Antecedentes de explosión.
3. Ventilación (**B**): Asegurar la oxigenación adecuada. Observar deformidades del tronco, movilidad simétrica en los movimientos respiratorios, crepitación a la palpación de cuello y tórax, heridas en pared torácica auscultación

de ambos campos pulmonares en busca de ausencia de murmullo vesicular o ruidos patológicos, medir frecuencia respiratoria.

4. Circulación (C): Inspección del color de la piel, palpación de pulsos, temperatura y relleno capilar.

5. Valoración neurológica (D): Determinar el nivel de conciencia y estado pupilar.

6. Exposición (E): retirando la ropa, excluyendo la adherida a la piel, determinamos el alcance de las lesiones y el tipo de agresión.

IV.2. Evaluación secundaria

Reevaluación desde la cabeza a los pies, confirmación de la extensión de las lesiones y profundidad de las quemaduras. Buscar otras lesiones que pudieran haber pasado desapercibidas.

1. Evaluación del área quemada (Regla del 9) **Tabla 1.**

TABLA 1 EVALUACION DEL AREA QUEMADA (Regla 9)	
ZONA	ADULTO
Cabeza	9%
Miembro superior	9% (x2)
Miembro inferior	18% (x2)
Porción anterior de tronco	18%
Porción posterior del tronco	18%
Genitales	1%
Palma de la mano del quemado	1%
Palma de la mano del quemado	1%

2. Valoración de la reposición de volumen, la colocación de sonda nasogastrica en prevención de problema digestivos y la instauración de sonda urinaria para valoración de la reposición de líquidos.

3. Toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria

V. Actitud Terapéutica

V.1. Tratamiento del Gran Quemado

1. Aseguramiento de la vía aérea, manteniendo una buena oxigenación. Valorar intubación endotraqueal.

2. Reposición de volumen. Se debe infundir líquidos templados a una velocidad y/o cantidad suficiente para garantizar una diuresis aproximadamente de 50ml/hora en el adulto. **Tabla 2.**

TABLA 2 REPOSICION DE VOLUMEN EN EL PACIENTE QUEMADO

	2-4 ml/kg/% s.c.q. <i>Ringer Lactato</i> Necesidades basales ~ 2.000 cc Glucosa al 5%
0-24 HORAS	50 % en primeras 8 horas 25% en segundas 8 horas
Extrahospitalaria	25% en las 8 horas restantes
Hospital	Considerar albúmina desde la primera hora si disponemos de ella s.c.q.= superficie corporal quemada

3. Preservar de la hipotermia envolviendo en sabanas limpias y abrigando al quemado.

4. Sonda urinaria. Debe de colocarse lo más precoz posible.

5. Sonda nasogastrica. En paciente que presenten vómitos y en quemados que superen el 20% de la superficie corporal.

6. Analgesia y sedación. Administrar analgésicos narcóticos por vía intravenosa. De elección: *Cloruro mórfico* Dosis: 3-4 mg IV (1/3 amp disuelta en suero fisiológico) en medio minuto. Se puede repetir cada 5-15 minutos hasta que desaparezca el dolor, se presenten efectos secundarios o se llegue a la dosis máxima (2-3 mg/Kg).

Alternativa: *Meperidina* 1 ampolla diluida en 9cc de suero fisiológico y administrar hasta sedación y analgesia en bolos de 2 cc.

7. Dieta absoluta.

8. Inmunización antitetánica.

- TOXOIDE TETANICO 0.5 cc vía subcutánea
- INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETÁNICA 500 UI vía intramuscular.

9. No administrar antibióticos.

10. Protectores gástricos: *Ranitidina* 1 ampolla IV.

11. Tratamiento local:

Si por la extensión, profundidad y características de las quemaduras debe ser atendido en centro hospitalario se actuará de la manera siguiente:

a) Retirar ropas quemadas **de forma no traumática.**

b) Limpieza muy somera, no traumática, con suero salino templado, **nunca frío** en quemaduras moderadamente extensas. Se puede utilizar soluciones jabonosas suaves, sin hexaclorofeno o antisépticos líquido, tipo *digluconato de clorhexidina*.

- c) No aplicar tratamiento local quimioterápico que dificulten la valoración posterior.
- d) **Nunca se debe emplear antisépticos colorantes** que dificulten la posterior valoración de la profundidad y extensión.
- e) Cubrir las quemaduras con compresas empapadas en suero fisiológico templado con el fin de no interferir la valoración posterior del centro especializado que determine el tratamiento definitivo.
- f) **Preservar antisepsia absoluta en la manipulación de las quemaduras.**

V.2. Tratamiento del Quemado Leve

Si por las características, extensión y localización de las quemaduras estas se pueden tratar ambulatoriamente se procederá de la siguiente forma:

1. Quemaduras de 1º grado:

- Limpieza con agua y jabón suave.
- Cremas hidratantes con urea y ácido láctico.
- NO utilizar corticoides ni antisépticos tópicos.

2. Quemaduras de 2º grado: < 10% extensión y 3º grado < del 2% de superficie corporal afectada

- Limpieza con agua y jabón suave.
- Apertura de las flictenas.
- Limpieza con suero fisiológico.
- Buen secado de la lesión.
- Aplicación local de *sulfadiacina argéntica* al 1% ó *nitrofurazona* al 0.2%.
- Tul graso.
- Vendaje cómodo y no compresivo.
- Prevención antitetánica.
- No dar antibióticos.
- Remitir a su Centro de Atención Primaria para curas cada 24-48 horas.
- Remitir a hospital si no epiteliza en 10-15 días.

VI. Criterios de Ingreso Hospitalario

1. INGRESO EN UNIDADES DE QUEMADOS U HOSPITAL DE TERCER NIVEL:

- Quemados de 2º con una extensión > 25% de la superficie corporal en adultos y > 15% en ancianos.
- Todos lo quemados de 2º con localización en cráneo, cara, cuello, axilas, pies, genitales y pliegues de flexo extensión, independientemente del porcentaje de zona quemada.
- Quemados de 3º grado > 10% de superficie corporal.
- Todas las quemaduras que presenten patología grave asociada.
- Todas las quemaduras eléctricas y químicas.

VII. Situaciones especiales

2. INGRESO EN HOSPITAL COMARCAL O DE REFERENCIA:

- Quemaduras de 2º grado con extensión entre 10 y 25% de superficie corporal en adultos y entre 5 y 15% en ancianos.
- Quemaduras de 3º grado con 2 - 10% de extensión de la superficie corporal.
- Quemaduras por inhalación de gases y humos.

Quemaduras químicas

Son quemaduras provocadas por irritación directa, corrosión y/o calor generado por agentes químicos.

- **Quemaduras por ácidos:** El tratamiento de urgencias comienza con la retirada de la víctima de la zona de exposición y lavado con abundante agua de las zonas quemadas, entre 1 a 10 minutos. El tratamiento general no difiere del resto de las quemaduras.
- **Quemaduras por álcalis:** El tratamiento es el mismo que para los ácidos pero la duración del lavado puede prolongarse hasta una hora por la tendencia del álcalis a penetrar en la piel provocando autólisis.
- **Quemadura es por sodio o potasio metálico:** está contraindicado el lavado con agua. Se tratará con aceites vegetales o minerales.

Quemaduras eléctricas

Presentan las siguientes particularidades:

1. Siempre serán consideradas graves.
2. Pueden originar lesiones graves en corazón, riñón y cerebro.
3. Es difícil la valoración de las lesiones por el efecto "iceberg".
4. Precisan fluidoterapia que originen una diuresis horaria > de 100 cm³ ante el riesgo de un fracaso renal a causa de la mioglobinuria generada.
5. Precisan de mayor tiempo de reanimación cuando se produce una parada cardiorrespiratoria.
6. En quemaduras por corriente eléctrica a bajo voltaje es aconsejable la observación hospitalaria en un periodo no inferior a 24 horas, por el riesgo de arritmias ventriculares.
7. Se debe extremar las precauciones al separar al paciente del foco.