

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y tratamiento del paciente “Gran Quemado”



Guía de Referencia Rápida

**T29X Quemaduras y Corrosiones de Múltiples Regiones del
Cuerpo**

**T30X Quemadura y Corrosión, Región del Cuerpo no
Especificada**

**T31X Quemaduras Clasificadas Según la Extensión de la
Superficie del Cuerpo Afectada**

T32X Corrosiones Clasificadas Según la Extensión de la

GPC

**Superficie del Cuerpo Afectada
Diagnóstico y Tratamiento del Paciente “Gran Quemado”
ISBN: 978-607-7790-39-6**

DEFINICIÓN

Se considera paciente “gran quemado” a los que poseen las siguientes características:

- Índice de gravedad >70 puntos o con quemaduras AB o B (2° y 3°) > 20% de SC
- Pacientes pediátricos menores de 2 años, o adultos mayores de 65 años con 10% o más de quemadura AB o B (2° y 3°)
- Todo paciente con quemaduras respiratorias o por inhalación de humo
- Todo paciente con quemaduras eléctricas por alta tensión
- Todo paciente con quemaduras asociado a politraumatismo
- Quemados con enfermedades graves asociadas

EVALUACIÓN INICIAL

Para determinar la extensión la regla de los nueve es confiable para los adultos, La gráfica de Lund-Bowder permite evaluar con mayor exactitud el área afectada en los niños. La evaluación inicial del paciente quemado debe determinar la extensión, profundidad y gravedad.

La atención del paciente “gran quemado” debe ser realizada por un equipo multidisciplinario que incluya un especialista en medicina intensiva.

El aislamiento estricto es recomendable para el manejo del paciente “gran quemado” ya que disminuye las infecciones cruzadas y bacterianas.

TRATAMIENTO

El manejo inicial del paciente quemado es el de un paciente de trauma mediante el ABC. Es indispensable que los médicos al cuidado de pacientes con quemaduras, estén preparados para la realización de traqueostomías de urgencia, dado que el edema de la vía aérea puede impedir una intubación orotraqueal. Se recomienda la traqueotomía percutánea cuando el personal tiene el entrenamiento apropiado.

En caso de injuria inhalatoria se debe practicar la broncoscopia para predecir el síndrome de distress respiratorio y necesidad de ventilación mecánica.

Se recomienda la escarectomía lo antes posible, con el paciente estable.

Es recomendable que todos los aseos quirúrgicos, curaciones y escarotomías sean realizados en quirófano, respetando condiciones de asepsia y antisepsia en todas sus etapas, y realizando prevención de hipotermia.

La curación inicial incluye el retiro de tejido desvitalizado, flictenas y otros contaminantes, lavado con suero fisiológico, escarotomía y fasciotomía, desbridamiento de compartimientos musculares cuando existe necrosis del musculo y finalmente cobertura (excepto cara y periné).

Se recomienda el uso de suplementos con glutamina en nutrición parenteral. Se recomienda el inicio temprano de alimentación enteral en tanto se llevan a cabo los estudios clínicos necesarios.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

No se recomienda el uso rutinario de profilaxis con antibiótico. No se recomienda el uso de sulfadiazina de plata en pacientes con quemaduras.

ALBUMINA, CRISTALOIDES Y HEMODERIVADOS

No se ha reportado diferencia de la utilización de soluciones coloidales respecto de las soluciones salinas, ni de soluciones hipertónicas respecto a las isotónicas.

No se recomienda el uso de albúmina en la fase aguda.

Hasta el momento no han demostrado evidencia de que ofrezcan mejores resultados, en la resucitación hídrica, los coloides en relación al uso de los cristaloides. De primera elección, el uso de cristaloides, continúa siendo el estándar para la resucitación hídrica, para la expansión de volumen y reponer las pérdidas por la magnitud del área quemada. El uso de coloides se considera de segunda instancia.

El uso de hemoderivados (transfusión de paquete globular), en pacientes con más de 20% de superficie corporal quemada, presenta mayores complicaciones (mortalidad e infecciones) que beneficios. Se sugiere no utilizar los hemoderivados y realizar un monitoreo hematológico continuo.

La resucitación hídrica en las primeras 24–48 horas posterior al trauma, es crucial en el manejo del paciente quemado. Se recomienda la utilización de las guías de resucitación hídrica en las primeras 24 a 48 horas posterior al trauma en el paciente quemado.

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA, HEPARINA, PRESIÓN NEGATIVA TÓPICA, XILOCAÍNA INTRAVENOSA

La oxigenoterapia hiperbárica en intoxicación por monóxido de carbono no ha mostrado su efectividad sobre la prevención de secuelas neurológicas.

No se recomienda el uso sistemático de heparina, ni presión negativa tópica en pacientes con quemaduras.

No se recomienda el uso de xilocaína intravenosa como coadyuvante en el manejo del dolor del paciente quemado.

COBERTURAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS

Hay evidencia de que el aloe vera es útil en quemaduras de primero y segundo grado, pero también se reportan efectos adversos como irritación en 40% de los pacientes tratados con aloe vera y en 45% en pacientes en los cuales se utilizó sulfadiacina argéntica por lo que debe emplear con cautela.

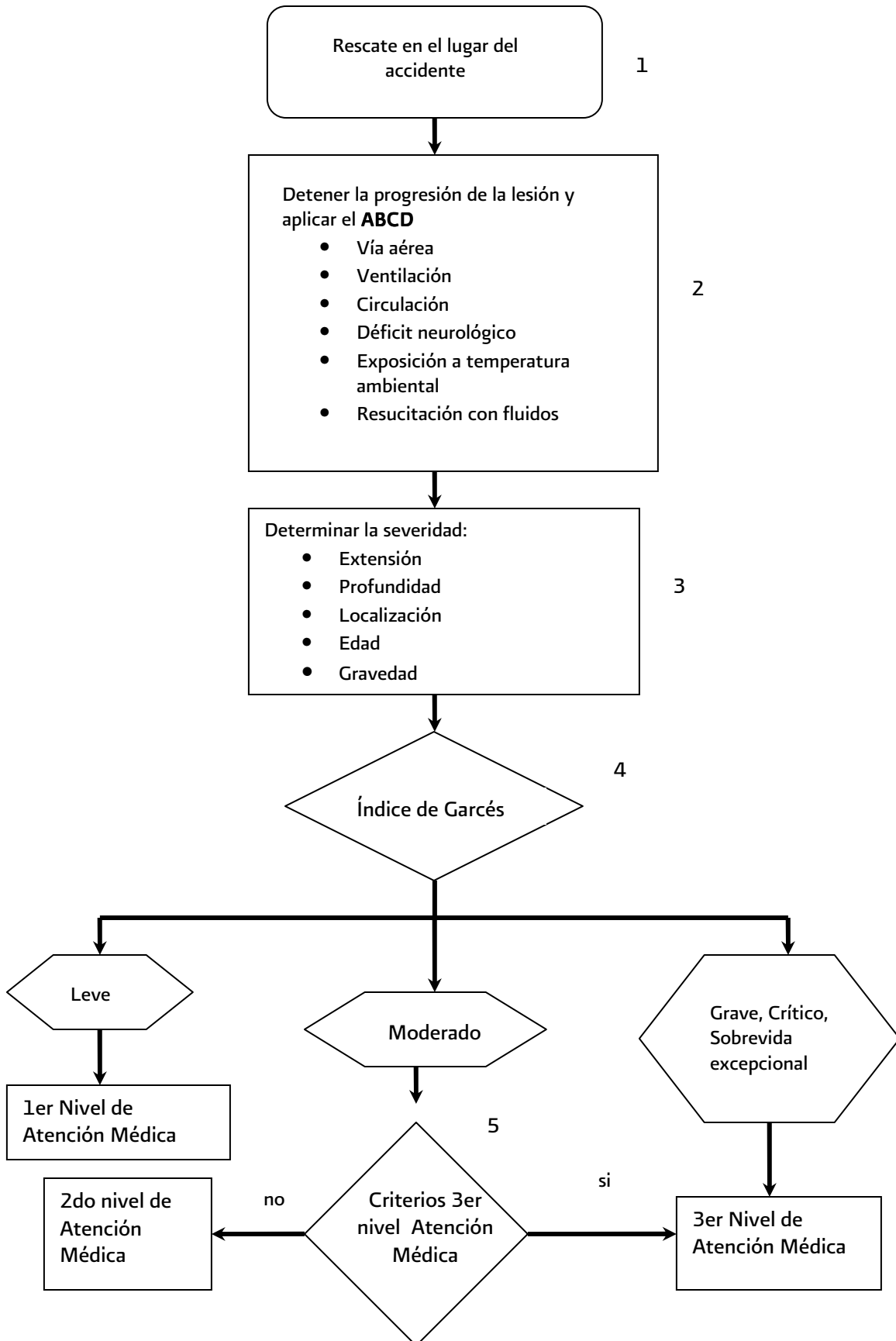
Se recomienda evaluar cuidadosamente las características de cada una de los sustitutos de piel para determinar cuál es la más adecuada en cada caso en particular, sin embargo, en las quemaduras de 2° grado el Biobrane ofrece ventajas en efectividad y costo.

Si bien no existe suficiente evidencia para recomendar cultivo de queratinocitos comparados con coberturas temporales y posteriormente autoinjertos, en pacientes con quemaduras extensas donde no hay suficiente área de piel sana que pueda ser donadora, es indispensable contar con este método para el adecuado tratamiento de quemados extensos.

En esta revisión no hay suficiente evidencia para emitir una recomendación para el uso de algún material en particular.

Algoritmos

Algoritmo I. Atención inicial, clasificación y referencia



Algoritmo II. Manejo del ABCD del paciente quemado

(Punto 2 de algoritmo I)

GRADO DE RECOMENACION: C

