

**Manejo del Paciente  
Quemado**

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

## 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 hiperémicas y muy dolorosas con afectación del folículo pilosebáceo.

#### 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**): Aseguramiento de 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.**

<b>TABLA 1 EVALUACION DEL AREA QUEMADA (Regla 9)</b>	
<b>ZONA</b>	<b>ADULTO</b>
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**

<b>0-24 HORAS</b> DCCUAP HOSPITAL	2-4 ml/kg/% s.c.q Riger Lactato Necesidades basales ~ 2.000 cc Glucosa al 5% <b>50 % en primeras 8 horas</b> <b>25% en segundas 8 horas</b> <b>25% en las 8 horas restantes</b> 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:

1.Retirar ropas quemadas **de forma no traumática.**

2.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 liquido, tipo digluconato de clorhexidina.

3.No aplicar tratamiento local quimioterapico que dificulten la valoración posterior.

**4.Nunca se debe emplear antisépticos colorantes** que dificulten la posterior valoración de la profundidad y extensión.

5.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.

**6.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 jabon 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 Salud 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 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.
- Si la 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  $100 \text{ cm}^3$  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.