

DOI: 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.123-131

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1823>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 123-131



Actualización en el manejo de paciente quemado

Update on the management of burned patients

Atualização sobre a gestão de pacientes queimados

Kory Anahi Reinoso Trujillo¹; Alexandra Elizabeth Herrera Lozada²; Efraín Gabriel Suárez Concha³; Nathali Viviana Pacheco Mena⁴

RECIBIDO: 11/07/2022 **ACEPTADO:** 03/09/2022 **PUBLICADO:** 01/10/2022

1. Médico General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; kory318anahi@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7191-899X>
2. Médica; Investigadora Independiente; Ambato, Ecuador; dra.aleh@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8751-5191>
3. Médico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; efragabrielsuarez88@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1249-017X>
4. Médico General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; nathys11-pacheco@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7545-9615>

CORRESPONDENCIA

Kory Anahi Reinoso Trujillo
kory318anahi@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

La OMS define las quemaduras como un problema de salud mundial, con una prevalencia 7 veces mayor en países en desarrollo, producidas fundamentalmente en el ámbito doméstico, siendo la prevención la intervención que más puede reducir la mortalidad. Estos pacientes presentan habitualmente hipotermia tras sufrir la quemadura y cuando se trasladan a una unidad de quemados reciben unos cuidados más especializados. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Actualización en el manejo de paciente quemado. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. El manejo de los pacientes quemados se realiza tomando en cuenta el grado de la quemadura, evidentemente todo parte de una evaluación física, como primera instancia, para evaluar las constantes vitales, ya que las quemaduras producen un alto grado de daños en los tejidos de la piel y que pueden afectar otros órganos, por ello siempre debe haber un equipo multidisciplinario, que puedan abordar diferentes situaciones que se puedan presentar, los manejos incluyen según la bibliografía consultada, control del dolor, control de temperatura, fluidoterapia en los casos que se necesite, oxígeno y un manejo quirúrgico en los casos donde se requiera injertos de piel u otra técnica dependiendo de la lesión, en este último caso la alimentación parenteral o ayunas es necesaria.

Palabras clave: Quemadura, Dolor, Grado, Manejo, Analgesia.

ABSTRACT

The WHO defines burns as a global health problem, with a prevalence 7 times higher in developing countries, produced mainly in the domestic sphere, prevention being the intervention that can most reduce mortality. These patients usually present hypothermia after suffering the burn and when they are transferred to a burn unit they receive more specialized care. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Update in the management of burned patients. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, Science direct, among others, relying for this on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. The management of burned patients is carried out taking into account the degree of the burn, obviously everything is part of a physical evaluation, as a first instance, to evaluate the vital signs, since burns produce a high degree of damage to the tissues of the skin and that can affect other organs, therefore there should always be a multidisciplinary team, which can address different situations that may arise, management includes, according to the bibliography consulted, pain control, temperature control, fluid therapy in cases where it is needed, oxygen and surgical management in cases where skin grafts or another technique is required depending on the injury, in the latter case parenteral nutrition or fasting is necessary.

Keywords: Burn, Pain, Degree, Management, Analgesia.

RESUMO

A OMS define queimaduras como um problema de saúde global, com uma prevalência 7 vezes superior nos países em desenvolvimento, produzido principalmente na esfera doméstica, sendo a prevenção a intervenção que mais pode reduzir a mortalidade. Estes doentes apresentam geralmente hipotermia após sofrerem a queimadura e quando são transferidos para uma unidade de queimaduras recebem cuidados mais especializados. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico como a Atualização na gestão de pacientes queimados. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como Google Scholar, PubMed, Science direct, entre outros, contando para isso com a utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia do MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A gestão dos pacientes queimados é efectuada tendo em conta o grau da queimadura, obviamente tudo faz parte de uma avaliação física, como primeira instância, para avaliar os sinais vitais, uma vez que as queimaduras produzem um elevado grau de danos nos tecidos da pele e que podem afectar outros órgãos, pelo que deve haver sempre uma equipa multidisciplinar, que pode abordar diferentes situações que podem surgir, a gestão inclui, de acordo com a bibliografia consultada, controlo da dor, controlo da temperatura, terapia de fluidos nos casos em que é necessária, oxigénio e gestão cirúrgica nos casos em que são necessários enxertos de pele ou outra técnica dependendo da lesão, neste último caso é necessária nutrição parenteral ou jejum.

Palavras-chave: Queimadura, Dor, Grau, Gestão, Analgesia.

Introducción

La piel es el órgano más extenso del organismo, realiza funciones de mantenimiento de la homeostasis y regulación térmica. La pérdida de la piel por una quemadura precisará el reemplazo temporal de estas funciones hasta su recuperación. La OMS define las quemaduras como un problema de salud mundial, con una prevalencia 7 veces mayor en países en desarrollo, producidas fundamentalmente en el ámbito doméstico, siendo la prevención la intervención que más puede reducir la mortalidad. Estos pacientes presentan habitualmente hipotermia tras sufrir la quemadura y cuando se trasladan a una unidad de quemados reciben unos cuidados más especializados. Las quemaduras con una extensión mayor de 20% de Superficie Corporal Quemada (SCQ), edad avanzada y otras morbilidades aumentan el riesgo de sufrir hipotermia. (Alonso Fernández & López Pablo, 2021). Según datos de la OMS, más de 180 mil personas mueren al año por quemaduras, y de estas muertes el 95% ocurren en países de medianos y bajos ingresos. (Montoya Vélez, 2021)

Son el resultado de un trauma físico, químico o biológico producido por múltiples agentes implicados y que provoca la desnaturalización de las proteínas tisulares afectando según la gravedad de las mismas, desde la superficie de la piel hasta tejidos profundos destruyéndolos en su totalidad lo que provoca graves complicaciones médicas además de gran discomfort en los pacientes, desasosiego y dolor. Su manejo, tratamiento y seguimiento es de gran complejidad sobre todo en las quemaduras graves, siendo el criterio de gravedad determinado por la profundidad de las mismas, su extensión y su localización. (PRADO et al., 2021)

Los diferentes tipos de quemaduras se enlistan a continuación:

1. **Quemadura por fuego:** se da por el contacto directo con el material producido por una reacción química de la combustión, caracterizada por la emisión de calor, humo y llamas.
2. **Quemadura por escaldadura:** lesión que es provocada por cualquier líquido caliente.
3. **Quemadura por contacto:** debidas a la transferencia prolongada de calor de un objeto a la piel.
4. **Quemadura por radiación y radioactividad:** es el daño al tejido causado por transferencia de energía radiante de tipo ionizante pudiendo ser el resultado de exposición a radiación electromagnética (rayos X, gamma) o por partículas (alfa, beta, neutrones).
5. **Quemadura eléctrica:** lesión que ocurre por el efecto directo de la corriente eléctrica o flujo de electrones de un polo negativo al positivo, provocando daño por mecanismos térmicos y no térmicos. Se clasifican en bajo (1,000 V). La quemadura de arco eléctrico y relámpago se consideran de alto voltaje.
6. **Quemadura por fricción:** ocurre cuando la piel y sus planos inferiores se raspan con algún objeto áspero, provocando pérdida de tejido por abrasión y quemadura por calor.
7. **Quemadura por químicos:** lesiones en piel y tejidos debidas a sustancias químicas por productos ácidos y bases, así como soluciones orgánicas e inorgánicas cuya lesión en los tejidos se debe a licuefacción o coagulación de las proteínas tisulares. (Camacho-Silva et al., 2022)

Criterios de hospitalización

1. **Quemadura Menor:** Extensión del 15% de SCQ o menos, de 1° o 2° grado en adultos, 10% de SCQ o menos, de 1° o 2° grado en niños y de 2% de SCQ o

menos de 15 3° grado en niños. Quemaduras en adultos que no afecten ojos, orejas, cara, mano, pies, pliegues de flexión, periné y genitales (considerados y definidos como áreas especiales). En estas circunstancias el manejo puede realizarse de forma ambulatoria.

2. **Quemadura Moderada:** Extensión de 15-25% de SCQ de 2° grado en adultos, 10-20% de SCQ de 2° grado en niños, o 2-10% de SCQ de 3° grado en niños o adultos que no afecten áreas especiales. Este grupo indica tratamiento bajo hospitalización mínimo en un segundo nivel de atención.
3. **Quemadura Mayor:** Extensión > 25% de SCQ de 2° grado en adultos, > 20% de SCQ de 2° grado en niños, o > 10% de SCQ de 3° grado en niños o adultos. Están incluidas, todas las quemaduras en áreas especiales, todas las lesiones inhalatorias con o sin quemaduras cutáneas asociadas, y las quemaduras por electricidad o por rayo; Quemaduras con politraumatismo asociado, o quemaduras de cualquier magnitud en pacientes con falla orgánica; Pacientes de alto riesgo con quemaduras con patologías previas graves como diabetes mellitus, EPOC o Neoplasias con repercusión sistémica. Este grupo también incluye a las pacientes embarazadas con quemaduras extensas y/o profundas, y pacientes psiquiátricos. Este tipo de pacientes debe ser manejado en instituciones de segundo o tercer nivel si no cumplen criterios para hospitalización en cuidado crítico. (Ospino Gonzalez, 2019)

Criterios de hospitalización: Unidad Intermedia de Quemados

1. Pacientes adultos con quemaduras entre el 10-15% de SCQ de segundo grado profundo y tercer grado.
2. Quemaduras de primer grado con extensión > 20% de SCQ que presenten compromiso hemodinámico.

3. Quemaduras con extensión < 10% de SCQ de segundo grado profundo y tercer grado que comprometan área especial.
4. Quemaduras de cualquier extensión de segundo grado profundo y tercer grado con menos de 7 días de evolución que no hayan recibido tratamiento quirúrgico oportuno.
5. Paciente con quemaduras en cualquier extensión y/o profundidad en postoperatorio inmediato por cirugía de urgencia, principalmente en edad pediátrica.
6. Asociación de una condición social como abandono, maltrato o sospecha de maltrato, desplazamiento forzoso, acciones delictivas, enfermedades psiquiátricas o neurológicas que comprometan o puedan comprometer su autocuidado.
7. Quemaduras químicas con extensión > 5% de SCQ en segundo y tercer grado de profundidad.
8. Paciente quemado con sospecha de infección sistémica que no cumpla con criterios de UCI.
9. Todo paciente quemado egresado de UCI. (Ospino Gonzalez, 2019)

En los últimos años han disminuido las quemaduras en sujetos adultos por líquidos inflamables, pero se ha notado al mismo tiempo un aumento en el número de las lesiones por corriente eléctrica, lesiones éstas que son mucho más agresivas y graves. De no morir a causa del choque eléctrico, el paciente pudiera requerir de amputaciones (parciales o totales) de miembros y extremidades, a la vez que sufrir de otras complicaciones. Tras la agresión aparece una respuesta metabólica que combina inflamación, hipercatabolismo, gluconeogénesis aumentada, y resistencia a la insulina; y que es proporcional a la intensidad de la agresión estructural y sistémica recibida. Tras el estrés sufrido se activa una respuesta gené-

ticamente programada de “alarma-huida” que produce de inmediato la rápida movilización de energía desde los depósitos corporales para poder escapar de, o sobrevivir a, la agresión corporal. (Garriga et al., 2020)

Las unidades de quemados han evolucionado hasta convertirse en la actualidad en centros multidisciplinarios, en los cuales participan múltiples profesionales de diferentes ámbitos con el fin de garantizar la aplicación de los cuidados más actualizados en el manejo terapéutico de estos pacientes. (Pérez del Caz & Pérez del Caz, 2020)

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Actualización en el manejo de paciente quemado. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Manejo inicial

En la valoración inicial, se deben identificar aquellos factores, que pueden amenazar la vida del paciente, por lo tanto, se recomienda realizar la valoración y manejo en orden cronológico de los siguientes aspectos:

1. Manejo de la vía aérea: La protección de la vía aérea de un paciente quemado es prioridad, sobre todo en lesiones por inhalación de humo. La intubación temprana está indicada, en pacientes con lesión por inhalación sintomática o cualquier lesión térmica en cara, boca u orofaringe, que pueda amenazar la permeabilidad de la vía aérea. (Ospino Gonzalez, 2019)

Entre las medidas iniciales es primordial contar con un acceso venoso, puede ser difícil de colocar dependiendo de la extensión de las quemaduras, datos de edema o por riesgo que los cirujanos debridan el sitio de inserción del catéter. De ser necesario, utilizar venas subclavias, yugular o femoral; y en caso de ser imposible la colocación del acceso venoso, se puede colocar un catéter intraóseo. (Alarcón Trejo et al., 2021)

- Fluidoterapia: evitar hipovolemia, hipoperfusión tisular, estado de choque y fallo multiorgánico.
- Inicialmente un cristaloides isotónico y el uso de coloides 24 horas después de la lesión.
- Ringer lactato: cristaloides de elección.
- Niños: agregar dextrosa al 5%.
- Parkland: 4 mg/kg/% ASCQ de RL /24 horas.
- Brooke: 1.5 mL/kg/% ASCQ de RL/24 horas.
- ¿Inicio de coloides antes de transcurridas las primeras 24 horas? Coloide: 0.5 mL/kg/% ASCQ/24 horas. En caso de no responder a soluciones balanceadas se ha iniciado hasta después de ocho horas posterior a la lesión. (Alarcón Trejo et al., 2021)

Es importante guiar la reposición hídrica ajustando la reanimación a metas:

- Uresis 0.5 mL/kg/h en adultos y 1 mL/kg/h en niños.
- TA ajustado a la normalidad por edad (presión arterial media [PAM] > 65 mmHg).
- FC variable (ansiedad, dolor, hipermetabolismo, catecolaminas).
- Presión venosa central (PVC) (3-8 mmHg).

- Fracción de eyección de sodio < 1% (indica hipovolemia).
- Índice BUN/creatinina < 20.
- ECG o USG - FEVI normal.
- Déficit de base ≤ 5 (hipoperfusión en ausencia de intoxicación CO o cianuro).
- El uso de concentrado eritrocitario varía en cada paciente. Plasma fresco congelado sólo en caso de hemorragia masiva, raro en pacientes quemados. (Alarcón Trejo et al., 2021)

2. Respiración y ventilación: Las indicaciones actuales para administrar oxígeno, en el contexto del paciente quemado son las siguientes:

- Quemaduras con extensión mayor al 20% de superficie corporal.
- Sospecha de lesión de la vía aérea.
- Quemaduras circunferenciales del tórax.
- Trauma asociado: TEC, trauma cerrado de abdomen. etc.
- Quemaduras eléctricas por alto voltaje

3. Estado circulatorio y cardiaco: Es importante asegurar accesos venosos periféricos, centrales o intraóseos, en lo posible en áreas corporales no quemadas. Los detritus celulares de las zonas afectadas pueden ser causal de embolismos periféricos, al migrar al torrente sanguíneo. Sin embargo, las áreas con quemaduras pueden ser usadas si no existe otra opción. En pacientes con quemaduras pueden ser usadas si no existe otra opción. En pacientes con quemaduras con extensión mayor al 10% de SC, se recomienda un acceso venoso periférico, y en mayores del 20% de SC, dos accesos venosos periféricos. Si los intentos iniciales para permeabilizar las venas periféricas fracasan, se debe conseguir una vía intraósea que asegure flujos de 180–200 cc/h, hasta la consecución final de un acceso vascular definitivo.

4. Discapacidad, déficit neurológico y deformidad visible: La determinación del estado neurológico se realiza través de la evaluación de la escala de Glasgow. La ABA recomienda, descartar intoxicación por monóxido de carbono en pacientes con alteración del nivel de conciencia, abuso de sustancias y otras condiciones médicas asociadas. En estos casos se recomienda la evaluación neurológica con el método AVDI, el cual determina el estado de conciencia, la respuesta a estímulos verbales y dolorosos, principalmente

5. Exposición buscando lesiones asociadas, manteniendo la temperatura ideal: En el momento de la exposición total del paciente y la valoración de lesiones asociadas, debe evitarse la aplicación de hielo y/o agua fría, que pueden generar hipotermia y producir estados coagulopáticos. El paciente pediátrico es más susceptible a la hipotermia, por lo tanto, precisa un ambiente con mayor control de la temperatura. Como se manifestó anteriormente, la hipotermia y los estados de hipoperfusión son causa conocida de profundización de las quemaduras de espesor parcial. (Ospino Gonzalez, 2019)

Métodos de calentamiento

Las medidas para paliar las pérdidas de calor deberán actuar en el calentamiento y mantenimiento de la temperatura corporal del paciente a través de métodos de calentamiento interno activo como la administración de líquidos calientes vía intravenosa y otros métodos de calentamiento externo que serán pasivos y/o activos. Un análisis sobre la utilización de los métodos de calentamiento, en unidades de quemados de EEUU, declararon en relación con el total de casos: el aumento de la temperatura ambiental el 94,2%, seguido de aparatos de aire forzado el 88,5%, líquidos intravenosos templados el 82,7%, almohadillas calefactoras conductoras el 38,5% y caté-

ter intravascular con regulación de temperatura el 21,6%. (Alonso Fernández & López Pablo, 2021)

Calentamiento externo pasivo: Temperatura ambiental

Como método de calentamiento externo pasivo se utiliza una temperatura ambiental elevada, las recomendaciones la sitúan entre 28 y 33°. Este aumento de temperatura ambiental puede reducir de 2,0 veces a 1,4 el Gasto Energético en Reposo en pacientes con quemaduras mayores al 40% SCQ. Esta medida sirve para minimizar el aumento de la tasa metabólica basal causada por la generación de calor y la pérdida de agua por evaporación. Es una recomendación Grado B de evidencia por Joanna Briggs Institute, proporcionar una habitación cálida con temperatura ambiental de 28–32°C, para prevenir la hipotermia. (Alonso Fernández & López Pablo, 2021)

Calentamiento externo activo

El calentamiento externo activo se obtiene mediante la aplicación directa de calor sobre la superficie del cuerpo. La utilización de aire convectivo como método de calentamiento externo activo ha sido estudiada principalmente en el ámbito quirúrgico y del cuidado de pacientes críticos. Su aplicación se muestra efectiva para alcanzar la normotermia partiendo desde una temperatura corporal de 32°C. Mediante la aplicación de aire convectivo se alcanza una tasa de 1°C mayor de calentamiento frente a otros métodos. (Alonso Fernández & López Pablo, 2021)

Conocimiento y preparación de los medicamentos sedoanalgésicos adaptados a las características intrínsecas del paciente.

Se constata en primer lugar si el paciente tiene algún tipo de alergia o intolerancia a algún medicamento. Posteriormente se tiene en cuenta la medicación previa analgésica y sedante que tiene el paciente para

el control diario del dolor y su respuesta a ella. Se estudia finalmente la disponibilidad de los diferentes medicamentos necesarios para cada procedimiento. Debemos tener en cuenta que la analgesia y la sedación en apoyo a la realización de las curas y tratamientos dan lugar a una disminución en el nivel de conciencia, pero también disminuyen o eliminan el dolor y preparan al paciente para que una intervención a priori estresante y dolorosa, se realice con los más altos estándares de seguridad y confortabilidad del paciente y que durante la misma el control del dolor sea óptimo. (PRADO et al., 2021)

- Siempre que no exista contraindicación generalmente utilizamos la Ketamina consiguiendo una anestesia disociativa y produciendo también una sedación, inmovilidad, amnesia y marcada analgesia. El efecto del fármaco se inicia rápidamente y dura entre 10-15 minutos. La dosis recomendada para el paciente adulto se encuentra entre 0,5-2 mgrs/Kg en bolo endovenoso (la administración debe ser lenta). Su utilización debe adaptarse escrupulosamente a las condiciones físicas del paciente, edad, peso y necesidades concretas de cada paciente y controlar atentamente la frecuencia respiratoria, tensión arterial sistémica y nivel de conciencia. Se debe valorar su sustitución por otro tipo de sedante si la persona a la que se va a curar tiene insuficiencia real o hepática, asma o historial de glaucoma o de insuficiencia cardiaca congestiva.
- También se asocia una dosis de benzodiazepinas para evitar el efecto alucinógeno, los delirios o las ensoñaciones. El fármaco de elección en estos casos es el Midazolam a dosis de 1-2 mgrs endovenoso en bolo. Valorando en cada situación la administración del número de bolos necesarios con un continuo control de la tensión arterial sistémica y el nivel de conciencia del paciente.

- Para analgesia de base se combinan AINES con fentanilo de rescate administrado en bolos endovenosos a dosis de 25-50 microgramos endovenosos. (PRADO et al., 2021)

Sobre la actuación quirúrgica en el paciente quemado

En los niños y adultos quemados, las curas bajo anestesia (CBA) y la escarectomía seguida de la colocación de injertos de piel son procedimientos quirúrgicos frecuentes. Como parte de este tratamiento, el paciente suele ser llevado a la unidad quirúrgica cada 5 – 7 días para la retirada bajo anestesia de los tejidos desvitalizados. En los pacientes pediátricos se requieren curas bajo anestesia en días alternos. Siempre de acuerdo con las prácticas tradicionales, el paciente es colocado en ayunas durante 12 – 16 horas cada 2 días, o un día de cada semana (de acuerdo con la extensión y la profundidad de las quemaduras). De esta manera, es muy probable que el paciente pase más del 40 % del tiempo de hospitalización en ayunas, y que este ayuno comprenda tanto el tiempo preoperatorio como el post-anestésico, con todas las repercusiones que puede traer para el metabolismo energético y el estado nutricional del mismo. (Garriga et al., 2020)

Sobre la actuación nutricional en el paciente quemado

- La terapia nutricional es el hilo común que une los diferentes momentos del tránsito quirúrgico. Luego, todas las acciones están justificadas para sostener el estado nutricional del paciente quemado mediante la combinación de varias estrategias e intervenciones que recorren desde la dietoterapia y la suplementación vitamino-mineral hasta las técnicas de nutrición artificial.
- En un primer trabajo de intervención, se evaluó el efecto de la ingestión de alimentos sólidos hasta 6 horas (como mínimo) antes de la operación y la ingestión de

líquidos claros (como agua y jugos azucarados) hasta 2 horas (como mínimo) antes de la escarectomía. Se restringió el consumo de leche, yogurt y/o caldos debido al contenido graso de estas preparaciones culinarias, y su posible efecto retardador del vaciamiento gástrico. El protocolo de atención del paciente quemado prescribió también el uso de Metoclopramida® (como procinético) por vía endovenosa a razón de 1 ampolla en tres dosis cada 8 horas (14 horas y 22 horas del día previo, y 06 horas del propio día) antes de la conducción del proceder quirúrgico. Las acciones descritas en párrafos precedentes se condujeron 2 veces por semana durante 4 semanas en aquellos pacientes en los que se realizaron curas bajo anestesia, y necrectomías seguidas de autoinjerto.

- Las acciones conducidas en el paciente contribuyeron a la protección del estado nutricional del paciente durante el ingreso hospitalario y la administración de los tratamientos quirúrgicos. Fue llamativa la disminución ocurrida en la glicemia basal (en ayunas), junto con un aumento en la albúmina sérica: indicadores los dos de un mejor control de la respuesta a la agresión y de las consecuencias de las acciones quirúrgicas completadas en el paciente quemado. Esta primera experiencia sentó las bases para la plena implementación de los protocolos de apoyo nutricional y metabólico. (Garriga et al., 2020)

Conclusión

El manejo de los pacientes quemados se realiza tomando en cuenta el grado de la quemadura, evidentemente todo parte de una evaluación física, como primera instancia, para evaluar las constantes vitales, ya que las quemaduras producen un alto grado de daños en los tejidos de la piel y que pueden afectar otros órganos, por ello siempre debe haber un equipo multidisciplinario, que puedan abordar diferentes

situaciones que se puedan presentar, los manejos incluyen según la bibliografía consultada, control del dolor, control de temperatura, fluidoterapia en los casos que se necesite, oxígeno y un manejo quirúrgico en los casos donde se requiera injertos de piel u otra técnica dependiendo de la lesión, en este último caso la alimentación parenteral o ayunas es necesaria.

Bibliografía

- Alarcón Trejo, M. F., Figueroa Martínez, A., Bernal Ríos, N., & Luna Ortiz, P. (2021). Manejo anestésico fuera de quirófano en paciente con quemaduras en el 80% de área de superficie corporal. *Anales Médicos de La Asociación Médica Del Centro Médico ABC*, 66(3), 205–209. <https://doi.org/10.35366/101668>
- Alonso Fernández, J. M., & López Pablo, C. (2021). Temperatura corporal y temperatura de calentamiento en el cuidado de pacientes grandes quemados. *Enfermería Global*, 20(1), 466–488. <https://doi.org/10.6018/eglobal.430221>
- Camacho-Silva, B., Enríquez-Ramos, M. S., Aldrete-Velasco, J. A., Román-Vistraín, G., Chávez-Robles, E. R., Méndez-Romero, Y. del C., Cedillo-Juárez, J., Jacinto-Flores, S. A., Carrillo-Córdova, S. M., Reyes-Torres, C. A., García-López, L. R., Campa-Mendoza, Á. N., Hernández-Téllez, G., Santa-María, O. G., Islas-Ávila, R. E., González-Martínez, K. I., Melgar-Bieberach, R. E., Baldwin-Monroy, D. D., Rocha-Gutiérrez, I., ... Carrillo-Esper, R. (2022). Consenso multidisciplinario sobre terapia nutricional en el paciente quemado. *Medicina Crítica*, 36(S1), s4-40. <https://doi.org/10.35366/105375>
- Garriga, T. P., Vaillant, R. A., & Núñez, L. R. (2020). Los protocolos ERAS-ACERTO en la atención del paciente quemado. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 30(2).
- Montoya Vélez, M. (2021). Área letal 50 en el paciente quemado en un centro de remisión en Antioquia.
- Ospino Gonzalez, C. A. (2019). Conceptos actuales en quemaduras: un manual basado en la evidencia [Universidad El Bosque]. https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1829/Ospino_Gonzalez_Carlos_Alejandro_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Pérez del Caz, M. D., & Pérez del Caz, M. D. (2020). Capítulo de Quemaduras de FILACP Actualización en el tratamiento del paciente quemado. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 46, 3–4. <https://doi.org/10.4321/s0376-78922020000200002>
- PRADO, M. A., DE SAN PÍO, M. J. R., ROMERO, E., DE SAN, P. Í. O., ANGULO, M. J. E., ARANCE, M. C. S., & GÓMEZ, C. L. G. (2021). Sedoanalgesia en el tratamiento local hospitalario del paciente quemado. La seguridad como principio fundamental. *Heridas y Cicatrización*, 3(11).

CITAR ESTE ARTICULO:

Reinoso Trujillo, K. A., Herrera Lozada, A. E., Suárez Concha, E. G., & Pacheco Mena, N. V. (2022). Actualización en el manejo de paciente quemado. *RECIMUNDO*, 6(4), 123-131. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.123-131](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.123-131)

