



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN QUIRÚRGICA

SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS



Código:
MG-SQ-01



Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 1 de 26

GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE GRAN QUEMADO

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Subdirección de Quemados	Subdirección de Quemados	Dirección Quirúrgica
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 2 de 26		

1. Propósito

Esta guía es una referencia para la atención de los pacientes grandes quemados.

Atendidos bajo el régimen de garantías explícitas por la Secretaria de Salud del Gobierno Federal.

1.1 Brindar una atención de excelencia, con calidad y calidez a los pacientes quemados que requieren atención médico-quirúrgica y de rehabilitación.

1.2 Contribuir a disminuirla mortalidad y morbilidad (secuelas) de los pacientes grandes quemados en MÉXICO.

Optimizar el manejo del gran quemado mediante recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, el consenso de los expertos, y adecuadas al contexto nacional e internacional.

2. Alcance

Aplica al personal médico y paramédico que participa en la atención del paciente quemado.

La población objetivo de esta guía son los pacientes adultos y pediátricos grandes quemados que requieren tratamiento internados en Centros de Quemados y/o unidades de paciente crítico (intermedio, intensivo). Todos los profesionales y personal de salud involucrado en el rescate, manejo inicial, tratamiento definitivo y rehabilitación de pacientes quemados.

3. Responsabilidades



Subdirector:

1. Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento 2. Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio

1.- Elaborar las guías clínicas en conjunto con la subdirector y médicos adscritos.

2.- Supervisar el cumplimiento de la misma.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 3 de 26

3.- Atender a los usuarios con calidad y calidez, ser explícitos con la información que se solicite y realizar los procedimientos de manera expedita y con respeto al tiempo de los pacientes.

4.- Informar al subdirector los problemas que se susciten durante la realización de los procedimientos de atención médica en coordinación con el responsable del área correspondiente. Desempeñe sus labores de forma adecuada con calidad y calidez, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el CENIAQ.

6.- Atender las incidencias e inconformidades presentadas por los usuarios.

7.- Informar a los pacientes y familiares en forma oportuna los procedimientos médicos y quirúrgicos, estado de salud y evolución del mismo.

Médico Adscrito:

- 1.- Ejecutar la guía
2. Participar en la revisión y actualización de las guías clínicas.
3. Atender a los usuarios con calidad y calidez, ser explícitos con la información que se solicite y realizar los procedimientos de manera expedita y con respeto a los pacientes.
4. Solicitar el consentimiento informado de cada procedimiento médico y quirúrgico a realizaren el paciente, dando información clara de cada uno de ellos, tomando con respeto las decisiones de los mismos.
5. Informar a la Jefatura del Servicio de los problemas que se susciten durante la realización de los procedimientos de atención a los pacientes quemados.



4. Políticas de operación y normas.

1. Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.
2. En el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra se brinda atención eficaz, oportuna y de calidad atodos los pacientes víctimas de las quemaduras.

5. Definición

Quemaduras:

Son las lesiones producidas en la piel y tejidos subyacentes por la transferencia de energía, generalmente producidas por fuego directo.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 4 de 26

Aquel paciente que, como consecuencia de exposición a energía térmica, sufre quemaduras que pueden comprometer su vida, o dejar secuelas funcionales graves permanentes.

Introducción:

Las quemaduras representan una de las patologías más frecuentes, graves y discapacitantes, siendo los accidentes domésticos, laborales y de tráfico sus principales causas.

El enfoque Diagnóstico y terapéutico inicial del paciente gran quemado es fundamental para disminuir la morbilidad, complicaciones y el Síndrome del Gran Quemado.

El tratamiento inicial de urgencias es vital para decidir el protocolo de actuación médico quirúrgico más adecuado a cada paciente.

La atención de paciente Gran quemado debe ser realizada por un equipo multidisciplinario que incluye especialistas en medicina crítica del adulto o del paciente pediátrico.



Quemaduras graves o paciente gran quemado:

Es aquel paciente que sufre quemaduras la cual ocasiona una respuesta neuroendocrina, metabólica, fisiológica y hemodinámica al trauma.

Entonces la característica fundamental de un GRAN QUEMADO es la liberación de una TORMENTA DE CITOQUINAS que serán liberadas a partir de la lesión y/o de otros órganos y sistemas para tratar de bloquear precisamente dicha respuesta, ocasionándonos un DESASTRE METABOLICO, NEUROENDOCRINO, FISIOLÓGICO Y HEMODINÁMICO con repercusiones sistémicas que pondrán en peligro la vida del paciente.

Quedan incluidos en esta categoría todos los pacientes:

1. Quemaduras de espesor parcial mayores al 10% de SCT
2. Quemaduras que involucran cara manos, pies, genitales perineo o articulaciones.
3. Quemaduras de tercer grado en cualquier edad
4. Quemaduras por electricidad, incluyendo por relámpagos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 5 de 26		

5. Quemaduras químicas

6. Lesión por inhalación

7. Pacientes quemados con problemas médicos preexistentes que pudieran complicar el manejo, prolongar la recuperación o afectar la mortalidad

8. Cualquier paciente con quemaduras y trauma concomitante (como fracturas) en las cuales las quemaduras tienen riesgo importante de morbilidad y mortalidad. En dichos casos si el trauma es el riesgo inmediato más importante debe ser estabilizado inicialmente en un centro de trauma antes de ser trasladado a la unidad de quemados.

9. Niños quemados en hospitales sin personal calificado o equipamiento para el manejo de niños

10. Quemaduras en pacientes que requerirán intervenciones sociales, emocionales o de rehabilitación especiales.

Síndrome del Gran Quemado:

El gran quemado suele evolucionar en dos fases: La primaria en donde predominan las alteraciones hemodinámicas y electrolitos.

Y la segunda fase en donde aparece el riesgo de infección y desnutrición.

Etiología:

Las quemaduras son producidas por diferentes agentes físicos o químicos que producen desde una leve afectación de los tegumentos de la piel hasta la total destrucción total de los tejidos implicados.

**Agentes Físicos**

Radiación

Calor

Frio

Electricidad.

Agentes Químicos

Ácidos

Álcalis

Otros: Agentes reductores,
corrosivos,
etc**Los mecanismos por los cuales se producen las Quemaduras.****Mecanismo****Descripción**

Sólido caliente

Suelen ser profundas y de poca extensión
(horno, escape de automóvil, etc.)

Llama

El agente implicado es fuego.

Escaldadura

Líquidos calientes.

Radiación/radioactividad

Rayos ultravioleta, Radioterapia, energía nuclear.

Químicos

Ácidos, álcalis, Agentes quimioterapéuticos e hidrocarburos.

Eléctricas

Producidas por electricidad: bajo voltaje (<1000V), de alto voltaje (>1000V).

Deflagración

Flash eléctrico o llama por explosión.

Frío

Producidas por hipotermia o congelación
(temperatura < 0 grados C.).

Clasificación de las Quemaduras:

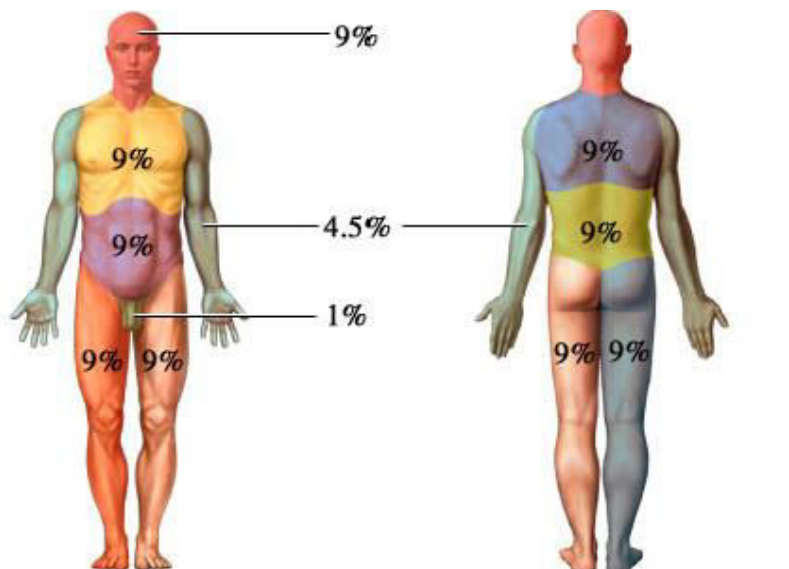
Se clasifican por profundidad y extensión.



Es importante resaltar que en la evaluación inicial de la profundidad de las quemaduras es con frecuencia un ejercicio difícil debido al carácter dinámico que presentan en las primeras 48-72 horas.

Extensión:

Es una característica de vital importancia para el pronóstico del paciente, si como la localización de la quemadura y la profundidad. Uno de los métodos de medición es la regla de los 9 de Wallace: Se usa para valorar grandes superficies de una manera rápida.

En los niños se debe tener en cuenta que la proporción de la superficie craneales mayor respecto a las extremidades inferiores





	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 8 de 26

Regla del 1 o regla de la palma de la mano:

Instrumento de evaluación rápida en quemaduras poco extensas.
 La palma de la mano del paciente equivale al 1% de la superficie corporal.





	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 9 de 26

Profundidad



Para valorar profundidad se utilizan la clasificacion de la **American Burns Asociation**

1. Primer grado (epidermis superficial) las cuales son superficiales, eritematosas a veces duelen;
2. Segundo grado (epidermis y dermis parcialmente), la piel esta edematizada, roja y son muy dolorosas
3. Tercer grado (espesor total de la piel hasta hueso) se observa la piel blanca grisácea, carbonizada, no duelen y se ha perdido la sensibilidad por completo

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 10 de 26		

Clasificación de la gravedad de la quemadura asociado a la y profundidad extensión:

QUEMADURA MENOR	QUEMADURA MODERADA	QUEMADURA MAYOR
15% SCTQ o menos, de 1er o 2do grado superficial en adultos.	15-25% SCTQ. De 2do grado profundo en adultos.	25% SCTQ de 2do grado profundo en el adulto.
10% SCTQ o menos, de 1er o 2do grado en niños.	>10% a 20% SCTQ. de 2do grado en niños.	20% SCTQ de 2do. Grado profundo en niños.
2% SCTQ o menos, 3er grado, en niños o adultos.	2-10% SCTQ de 3er grado en niños o adultos.	10% SCTQ 2do grado profundo en pacientes pediátricos menores de 1 año.
Que no afecten ojos, orejas, cara o genitales.	Que no afecten ojos, orejas, cara o genitales.	Todas las quemaduras que involucren: ojos, cara, oídos, orejas, manos, pies, periné y genitales.
		Todas las lesiones quemaduras.
		Todas las quemaduras eléctricas.
		traumatismos.
		Todos los pacientes de alto riesgo: Diabéticos, embarazadas, EPOC, Cáncer, y pacientes psiquiátricos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 11 de 26		

Localización



Las siguientes áreas se consideran especiales por su importancia estética y/o funcional:

- 1.- Periné y Genitales.
- 2.- Cara.
- 3.- Cuello.
- 4.- manos y pies.
- 5.- Pliegues Articulares.
- 6.- Mamas.

Edad

El pronóstico en el paciente quemado es menos favorable en los extremos de la edad:

- a) Menor de 2 años.
- b) Mayor de 60 años.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 12 de 26		

Manejo en el sitio del accidente

- Prioridad es extinguir la llama, haciendo rodar al paciente por el suelo, aplicando mantas o abrigos o utilizando agua o espuma antiincendios.
- Retirar las ropas quemadas.
- Retirar anillos, pulseras y adornos metálicos para evitar el efecto de torniquete que produce el edema.
- Si la ropa está adherida a la piel, no jalar, sino recortarla.
- Cubrir a la víctima con paños limpios o mantas **secos** (no necesariamente estériles).
- No enfriar con agua (el agua fría sólo se debe aplicar en quemaduras de poca extensión, si se aplica en superficies mayores al 10% se corre el riesgo de hipotermia)

Evaluación

Se realiza de acuerdo a los preceptos del ATLS en Primaria y Secundaria:

- A. Vía aérea con control de columna cervical.
- B. Ventilación.
- C. Circulación
- D. Déficit neurológico.
- E. Exposición con cuidado temperatura ambiental.
- F. Resucitación de líquidos.
- G. Estudios Especiales.
- H. Clasificación en su caso.

A. VIA AEREA:



Evaluar capacidad de ventilar adecuadamente.

La columna cervical debe ser asegurada en paciente quemado politraumatizado.

Lesión inhalatoria:

Los principales indicadores de sospecha son:

Antecedente de quemadura por fuego o exposición a gases en espacio cerrado.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 13 de 26		

Compromiso de conciencia (uso de drogas, alcohol, patología siquiátrica, epilepsia)
 Presencia de humo en el lugar del accidente



También debe sospecharse ante:

- Quemaduras por fuego de cara, cuello o tronco superior.
- Vibrisas chamuscadas.
- Espujo carbonáceo o partículas de carbón en orofaringe
- Eritema o edema en orofaringe a la visualización directa.
- Cambio de la voz (disfonía, tos áspera).
- Estridor, taquipnea o disnea.
- Broncorrea
- Desorientación

Establecida la sospecha diagnóstica, especialmente en los pacientes pediátricos, el paciente debe intubarse hasta comprobarse indemnidad de vía aérea con fibrobroncoscopía y/o clínica y laboratorio.

B. VENTILACIÓN

Inicialmente, todos los pacientes con quemadura de vía aérea deben recibir oxígeno al 100%.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 14 de 26		

Intoxicación por CO2.

NIVEL DE COHb	SINTOMAS
0-10%	Minimos.
10-20%	Cefalea, nauseas.
20-30%	Letargia, somnolencia
30-40%	Confusión, agitación.
40-50%	Coma, depresión respiratoria.
>50%	Muerte

La decisión de uso de cámara hiperbárica deberá considerarse en estos casos



C. CIRCULACIÓN

Accesos intravenosos periféricos:

Deben ser establecidos preferentemente en áreas no quemadas.

Ocupar punzocat de grueso calibre y cortas.

En niños, si los intentos iniciales para permeabilizar venas periféricas fracasan se recomienda usar la vía intraósea), que es capaz de permitir flujos de 180 a 200ml/hr, mientras se obtiene un acceso vascular definitivo.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 15 de 26		

Evaluar y descartar la presencia de quemaduras en manguito y/o síndrome compartamental (extremidades, tórax y abdomen) que tienen indicación de escarotomía de urgencia.

Reanimación con volumen en la zona de desastre y en traslado inicial a unidad de atención:

Aporte de fluidos isotónicos (suero fisiológico/Hartman), a 250 ml/hr en niños y 500 ml/hr en adultos y 1000 ml/hr en pacientes con quemaduras eléctricas de alta tensión para obtener perfusión adecuada.

No intentar colocar vías venosas centrales en el medio extra hospitalario.

Asegurar registro completo y adecuado de aportes y pérdidas.

Monitorización electro cardiográfica, de presión arterial y frecuencia cardíaca

Intubación orofaríngea en caso necesario

D. DÉFICIT NEUROLÓGICO

Aplicar escala de Glasgow a todos los pacientes al ingreso.

Descartar hipoxia (nivel de carboxihemoglobinemia) o hipovolemia ante deterioro neurológico.

E. EXPOSICIÓN



Evaluar paciente por delante y por detrás. Calcular extensión de quemaduras con ayuda de esquema por edad y estimar profundidad de las lesiones.

Envolver en gasas limpias (no necesario estériles) abrigar mediante mantas de traslado o sábanas para minimizar la pérdida de calor, y control de la temperatura ambiental,

Evitar la hipotermia de forma constante e intensa.

No aplicar antimicrobianos tópicos, cremas ni geles.



Cabecera elevada a 30° para limitar la formación de edema facial.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 16 de 26		

Elevar extremidades quemadas por encima del tórax.

Ya en el medio hospitalario, esta etapa de la atención incluye además las siguientes medidas:

1. Historia clínica: identificar mecanismo y condiciones en que se produjo la lesión, y hora del accidente.
2. Investigar existencia de comorbilidades.
3. Diagnóstico de la profundidad y extensión de las quemaduras.
4. Analgesia y sedación con opiáceos y benzodiazepinas en caso de intubación y ventilación mecánica.
5. Cateterismo urinario para monitoreo de diuresis.
6. Exámenes básicos iniciales:
 - a. Biometría Hemática.
 - b. Gases arteriales
 - c. Electrolitos plasmáticos.
 - d. Examen general de orina.
 - e. Perfil bioquímico.
 - f. Clasificación grupo y Rh
 - g. Radiografía tórax
 - h. Electrocardiograma.
 - i. Niveles de COHb si corresponde.
7. Proteger de la contaminación.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 17 de 26		

8. Evitar hipotermia (< 35° C), normotermia permanente, siempre > 35°C

9. Evaluación secundaria para detectar y manejar lesiones asociadas compartamental (extremidades, tórax y abdomen) que tienen indicación de escarotomía de urgencia.

10. Reanimación con volumen en primera atención:

Iniciar reanimación con fórmula de Parkland: Ringer lactato o Hartmann a 4 mL/kg/% de STQ. Los líquidos se administran de acuerdo a este cálculo, la primera mitad de lo calculado en las primeras 8 hrs y la segunda mitad en las siguientes 16 hrs.



11. Monitorización de gasto urinario al menos 0.5 mL/kg/h en pacientes adultos o > de 35 kg, 1 mL/Kg/h en niños < de 35 kg y en pacientes con quemaduras eléctricas de 1 – 2 mL/Kg/h, electrocardiográfica, de presión arterial y frecuencia cardíaca.

Tratamiento en unidad de paciente crítico (UCI)

Criterios de ingreso a UCI

GRADO DE RECOMENDACION B:

1. Paciente > 65 años con 10% o más de quemadura AB o B
2. Paciente con injuria inhalatoria.
3. Quemaduras por electricidad de alta tensión.
4. Quemado politraumatizado o con traumatismo encéfalo craneano.
5. Falla en la reanimación.
6. Inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
7. 8. Patologías graves asociadas (por ejemplo, insuficiencia renal, patologías cardíacas y respiratorias, deficiencias inmunológicas, diabetes).

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 18 de 26		

8. Paciente pediátrico

9. Revisar historia, plazos transcurridos desde el accidente, procedimientos realizados en el sitio del accidente y servicio de urgencia, y volumen de líquido administrado.

10. Hospitalizar idealmente en unidad de aislamiento, uso de ropa estéril y aislamiento de contacto.

Vía Aérea:



- Evaluar capacidad de ventilar adecuadamente.
- La columna cervical debe ser asegurada a menos que no haya evidencia de daño en paciente quemado politraumatizado
- Establecido el diagnóstico de injuria inhalatoria el paciente debe intubarse.

Ventilación:

- Asegurar oxigenación y ventilación
- Apoyo ventilatorio invasivo o no invasivo según corresponda
- Control gasométrico seriado según necesidad
- Rx tórax seriada al menos diaria.
- Considerar estudio fibroscópico para diagnóstico o descarte de quemadura de vía área.

Circulación:

- Asegurar accesos vasculares periféricos y central si corresponde
- Línea arterial para monitoreo y exámenes.
- Aporte de volumen debe ser realizado en base a la estimación previa de la
- Extensión y profundidad de las quemaduras.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 19 de 26

Reanimación de líquidos

Primeras 24 horas:

Contadas desde la hora en que ocurrió la lesión. Suero Ringer lactato o fisiológico cuyo volumen se estima en base a la fórmula de Parkland.

Fórmula de Parkland para resucitación quemaduras en niños:

$$4\text{ml} \times \text{superficie corporal quemada (\%)} \times \text{peso (kg)} \\ + \\ \text{Requerimientos basales:}$$

- 100 ml por kilo peso primeros 10 kilos
- 50 ml por kilo peso segundos 10 kilos
- 20 ml por kilo peso > 20 kilos



La reposición debe ajustarse al monitoreo. Éste se basa en parámetros clínicos y de laboratorio, de los cuales el más importante es la medición de la diuresis horaria.

Tanto la isquemia y hemoconcentración como el edema, son factores que contribuyen a la profundización de las quemaduras.

Evitar uso de albúmina en las primeras 24 horas, GRADO DE RECOMENDACION A sin embargo, la indicación será caso a caso según evolución clínica y control de laboratorio.

Monitorización:

- Gasto urinario: al menos 0.5 mL/kg/h en pacientes adultos o > de 35 kg, 1 mL/Kg/h en niños < de 35 kg y en pacientes con quemaduras electricas de 1 – 2 mL/Kg/h
- Presión arterial, presión venosa central: dentro de rangos normales por edad.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 20 de 26		

- Hematocrito: debe volver a la normalidad entre las primeras 24-48 horas.
- El balance hídrico en estos pacientes no es un parámetro confiable pues las pérdidas insensibles de las zonas quemadas habitualmente están subestimadas.

Segundo día:

- La reposición de volumen debe ser realizada de acuerdo al monitoreo.
- Uso de albúmina al 20% para mantener concentración plasmática > o igual a 2.5 g%.

Soporte Nutricional:

- Todo paciente quemado que ingrese a la UPC debe ser evaluado por equipo de Nutrición.
- El objetivo es otorgar soporte nutricional lo más precoz posible en la medida que las condiciones clínicas lo permitan antes de las primeras 24 horas de ingreso a UPC, y asegurar aporte de micronutrientes. GRADO DE RECOMENDACION A.
- Usar la vía digestiva, oral o por sonda enteral, Instalación de SNY en pabellón si corresponde. GRADO DE RECOMENDACION A.
- La nutrición parenteral es de excepción; usar en caso de no lograr adecuado aporte calórico y proteico por vía enteral. GRADO DE RECOMENDACION A

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN QUIRÚRGICA

SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS

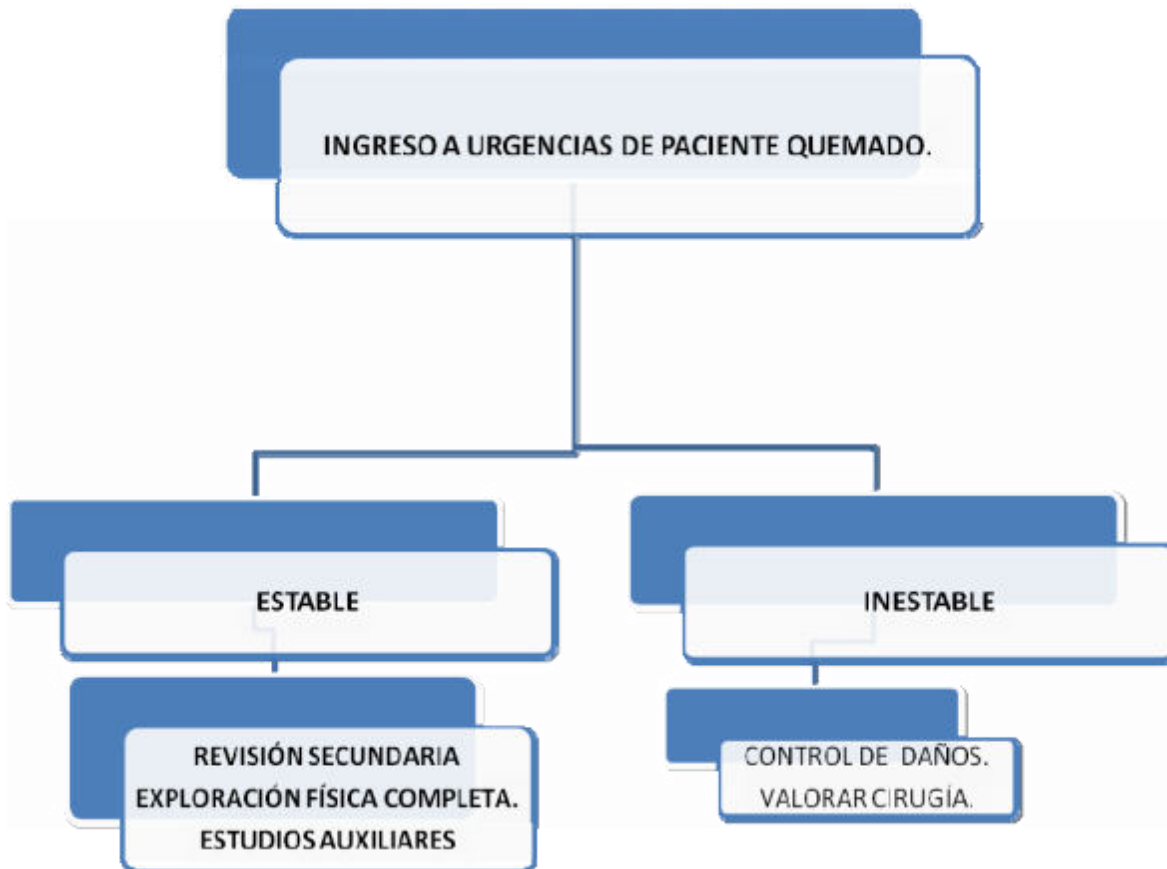


Código:
MG-SQ-01

Fecha:
DIC 20

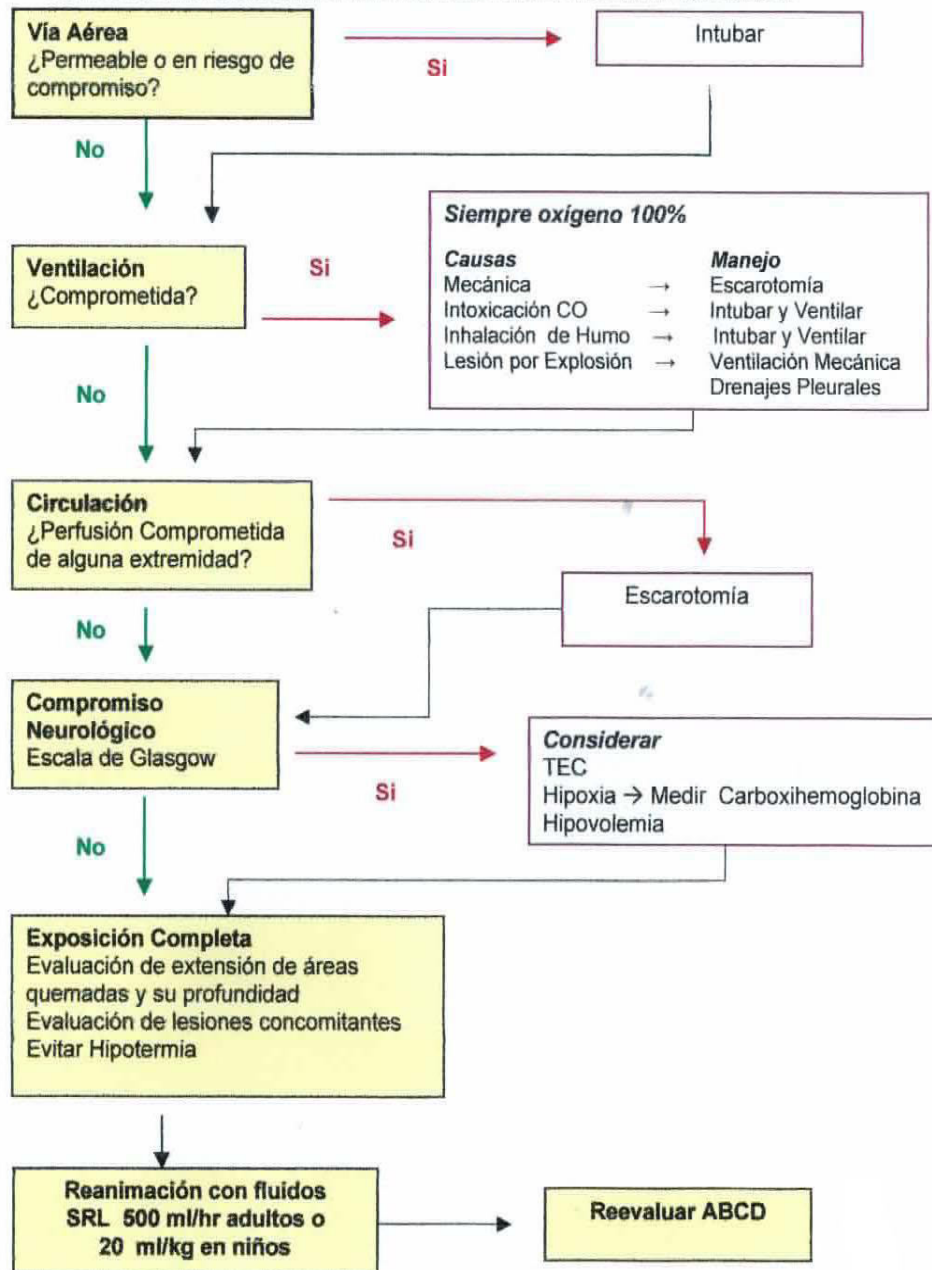
Rev. 03

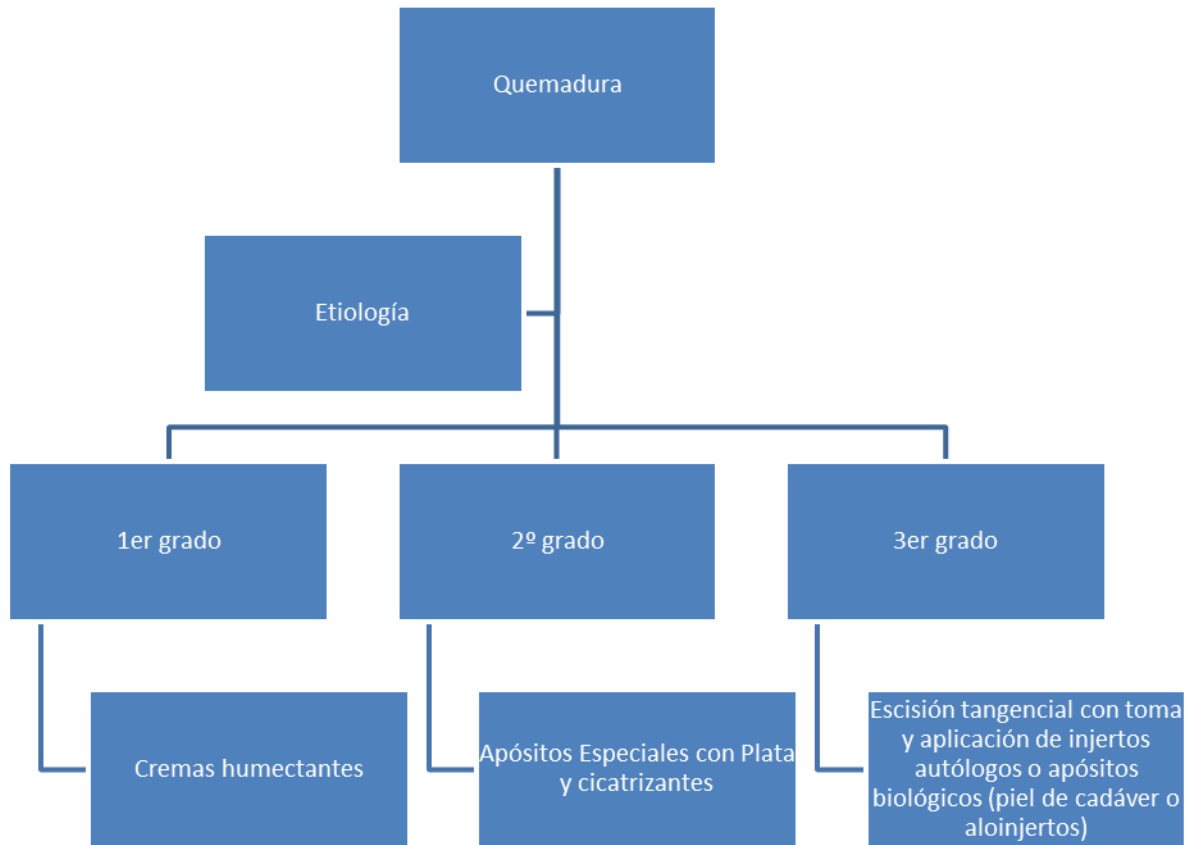
Hoja: 21 de 26





FLUJOGRAMA DE MANEJO INICIAL DEL PACIENTE GRAN QUEMADO

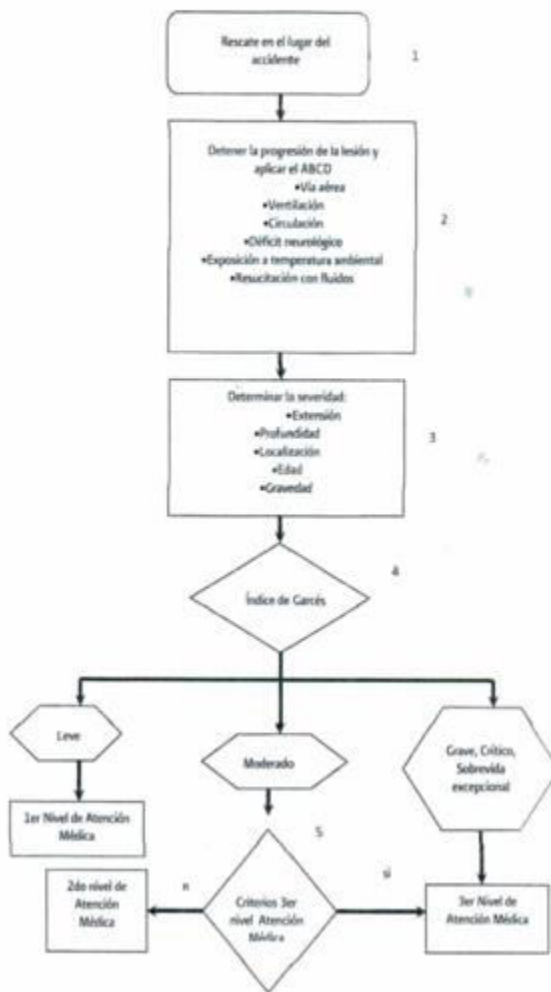








Algoritmos



Algoritmo I. Atención inicial, clasificación y referencia



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 25 de 26		

Referencias Bibliográficas y Guías Clínicas específicas:

1. American Burn Association, Advanced Burn Life Support.
2. - American burn association. Practice guidelines shock resuscitation Tam N. Pham, LeopoldoC. Cancio. Nicole s. Gibran.
3. -Devgan L, Bhat S, Aylward S, Spence RJ. Modalities for the assessment of burn wound depth. J Burns Wounds. 2006 Feb 15;5:e2
4. Guía clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Gran Quemado, Evidencias y Recomendaciones, Secretaria de Salud del Gobierno Federal, 2010.
5. Guía Básica en el Tratamiento del paciente quemado de la Secretaria de Salud 2005.
6. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia, Sociedad Española de Quemaduras.
7. Herndon, DN, Rutan TC. Management of the pediatric patient with burns. J. Burn care Rehabil. 1994;14(1):3-8.
8. Heinbach D, Engrav L., GrubeB, Marvin J. Burmn depth: a review. World Surg. 1992; 16 (1):10-15.
- 9- Jody I. Emis RN, BSN, Kevin.K. Chung,Md., Evan Renz Burn, Joint theater trauma registry,Resuscitation Guidlines improves Outcomes in Severely Burned Military Casualties J Trauma. 2008,64:5146-5152.
10. Lund CC, Browder NC. The estimation of areas of burns. Surg Gynecol & Obst 1944;79:352-8.
11. Palmieri, Tina L. CARUSO DM, Foster, Kn. Effect off blood transfusion on outcome aftermajor burn injury. A Multicenter Study. Crit. Care med 2006,34:1602-1607.
12. Palmieri, tina L. MD, FACS, Aldersone,TyroneS:BSN, Ison SaliRN; O'Mara, Michale S:MD, PediatricSoup Scald Burn injury Eyiology and Prevention. J Burn Care Res 2008.
13. Robert L. Sheridan, FAAP Burns Wound; Sepsis; postburn deformities.fluid, resuscitation;inhalation injury Critical Care Med 2002 vol. 30,no. 11.
14. Saf, e JR Seluff GR, Warden GD. Intramuscular pressure in the burned arm: Measurementand response to Escharectomy. AM. J. Surg. 1980;140(6):825-31.
15. Soman Sen, MD, David Greenhalgh, MD, Tina Palmieri, MD. Review of Burn Injury Research for the year 2009.
16. -Wyatt D, McGowan DN, Najarian MP.Comparison of hidrocolloid dressing and silver andsilver sulfadine sulfadiazine cream in the outpatient management of second-dregree burns. Trauma 1990, 30 (7):857-6 Wachtel TL, Berry ChC, Wachtel EE, Frank HA.The inter-aterreliability of estimating the size of burns from various burn area chart drawings.Burns

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 26 de 26		

2000;26:156-170.

17. Wachtel TL, Berry ChC, Wachtel EE, Frank HA. The inter-rater reliability of estimating the size of burns from various burn area chart drawings. Burns 2000;26:156-170.

6. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de la imagen Institucional, actualización del nombre del Instituto.	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20