



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN QUIRÚRGICA

SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS



Código:
MG-SQ-14



Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 1 de 7

GUÍA CLÍNICA DE ESCISIÓN TANGENCIAL

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

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-25
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 2 de 7

1. Propósito

Dar a conocer la guía clínica del procedimiento conocido como Escisión Tangencial en pacientes quemados.

2. Alcance

Todos los pacientes que ingresen al Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados.

3. Responsabilidades

Subdirector:

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

Jefe de Servicio:



- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Medico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-25
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
	Hoja: 3 de 7		

Escisión tangencial con toma y aplicación de injertos

5. Definición

La Escisión Tangencial es el procedimiento de remover la escara por quemadura quirúrgicamente, sin esperar su separación espontánea. Existe la Escisión Tangencial de manera inmediata, la cual se realiza dentro de las primeras 48-72hrs de ocurrida la lesión y la temprana dentro de los primeros 10 días de que ocurrió la lesión. La elección dependerá de los recursos y la experiencia de cada centro de quemados.



Existe también la escisión tardía o retardada actualmente desacreditada debido al alto costo metabólico para el paciente, alta tasa de sepsis, mortalidad elevada y el desarrollo de cicatrices hipertróficas.

Como fue descrito por la Dra. Janzekovic desde los años 70, el desbridamiento tangencial involucra la remoción de la escara en capas secuenciales de 0.010 a 0.025 de pulgada de espesor con dermatómo o cuchillo (Goulian, Humby, Weck, Padgett, Watson) hasta que haya dermis viable o se llegue a tejido graso sano. Un lecho aceptable para injerto se identifica por sangrado puntiforme, activo, abundante (0.45 ml. x cm.2 de piel desbridada) y uniformemente distribuido en el lecho de la herida.

6. Diagnóstico

6.1 Cuadro Clínico

La escisión tangencial y colocación de injertos está indicada en quemaduras de tercer grado o para aquellas de segundo grado profundo que permanecen sin epitelizar más de dos semanas. Algunos estudios revelan que más del 78% de los casos presentarán mejor evolución y resultados cosméticos si son tratadas de forma similar a las de tercer grado.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-25
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 4 de 7

7. Tratamiento


7.1 Quirúrgico

7.1.1 Técnica sugerida

Estudios de comparación clínica entre el método conservador versus desbridamiento temprano, han mostrado, una y otra vez, reducción significativa de las complicaciones infecciosas, tiempo de hospitalización y mortalidad. El desbridamiento temprano (de 3 a 5 días post quemadura) también reduce el catabolismo proteico, el inmunocompromiso y pérdida evaporativa de agua. En algunos casos, mejoran los resultados cosméticos por reducción de cicatrizaciones hipertróficas. El tiempo para el desbridamiento quirúrgico es debatible, algunos cirujanos prefieren desbridar e injertar entre 4 y 14 días cuando el periodo agudo de reanimación está bien avanzado y el paciente suficientemente evaluado y estabilizado para no arriesgar complicaciones postquirúrgicas. El desbridamiento puede ser seriado en el tiempo, dependiendo de la extensión de la herida. Un paciente con 40% de SCQ probablemente promedie de 2 a 3 desbridamientos más injertos para cerrar sus heridas, en el lapso de días a semanas. Otros cirujanos prefieren desbridamiento temprano, antes del 5to día, previo a la colonización de la herida. En modelos experimentales, el desbridamiento completo de toda la herida más injerto previene el hipermetabolismo y la inmunodepresión observada luego de una quemadura severa. Clínicamente, las quemaduras de 60% de SCQ manejadas con desbridamiento total más injerto en un solo acto quirúrgico ha mejorado la sobrevivencia en todos los rangos de edad, principalmente en niños. El Gold Standard actual es el desbridamiento e injertos en quemadura mayor tan pronto se logre estabilidad hemodinámica, tolerancia fisiológica y determinación fidedigna de la profundidad de la herida. En adultos, cada programa quirúrgico debe proponerse en la medida de las condiciones pre-operatorias del paciente, usualmente se desbrida e injerta. Utilizar esta técnica preserva el máximo de tejido viable y se logran óptimos resultados, tanto funcionales como cosméticos. El desbridamiento fascial, remueve todas las capas de la escara y tejidos subyacentes hasta el nivel de la fascia subcutánea. El desbridamiento hasta este plano requiere de mínima experiencia, reduce sangrado trans-operatorio y provee un lecho vascularizado, limpio y confiable para la colocación del injerto. El desbridamiento hasta fascia

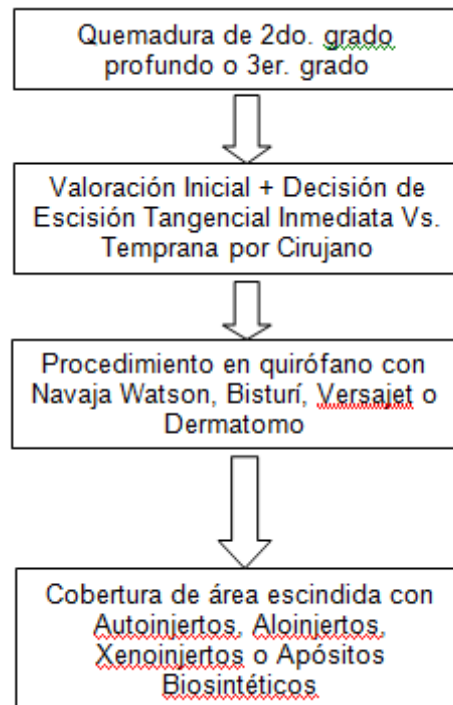
	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-25
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 5 de 7



subcutánea se recomienda si el tejido graso está afectado o para minimizar sangrado y tiempo quirúrgico. El desbridamiento fascial resulta en deformidad cosmética importante, por ejemplo, desbridamiento fascial en tórax sacrifica los brotes mamarios en pacientes femeninas prepúberes. El desbridamiento fascial está reservado para las peores quemaduras y como medida salvadora con sacrificio estético y funcional. La extensión del desbridamiento está determinada por la estabilidad hemodinámica del paciente, la velocidad del equipo quirúrgico, efectividad de la anestesia, ritmo de pérdida sanguínea, cantidad de sangre disponible para reposición y disponibilidad de injertos autólogos o sustitutos. Para monitorizar estos pacientes durante el trans-operatorio es imprescindible contar con presión venosa central, línea arterial, sonda nasogástrica, Foley y cualquier otro parámetro a requerimiento individual del paciente. Con el uso de técnicas anestésicas y anestésicos modernos es posible mantener estabilidad sistémica mientras se mantenga el sangrado controlado y el desbridamiento no exceda de las 2 horas reglamentarias. Está demostrado que prolongar el tiempo quirúrgico más allá de dos horas predispone al paciente a complicaciones postquirúrgicas. Se anticipa pérdida sanguínea de 0.75 ml x cm.2 del área a partir de los 16 días postquemadura o 0.4 ml x cm.2 si el desbridamiento se realiza en las primeras 24 horas. La pérdidas sanguíneas se minimizan mediante el uso de torniquetes, trombina atomizada o una solución de Pitkin, consistente en epinefrina (2 ampollas 1:20,000 x litro de NaCl 0.9%) infiltrada de manera subcutánea. El desbridamiento temprano de la quemadura exige el cierre temprano de la herida. Preferiblemente este cierre debe hacerse con autoinjerto, pero puede lograrse el cierre temporal con aloinjertos, apósitos biológicos o sustitutos de piel. Lograr el cierre por cualquiera de estas vías, estabiliza la herida, lo que repercute en estabilidad hemodinámica del paciente y aumento de la protección contra infecciones. No realizar cierre inmediato, contradice los beneficios del desbridamiento temprano. Durante la escisión tangencial los pacientes puede perder gran cantidad de sangre, es por eso que una regla de utilidad es saber que el paciente pierde 2% de volumen sanguíneo circulante por porcentaje de escisión realizada, cuando se trata de la cara este número se incrementa hasta 4-5% del volumen sanguíneo

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015	Código: MG-SQ-25	
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 6 de 7

8. Anexos

8.1 Flujoograma



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SQ-25
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS		Rev. 03
			Hoja: 7 de 7

9. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1. Heimbach D M., Engrav L E., Surgical management of the Burn Wound, New York, Raven Press, 1984.
2. Poulsen T P., Freund K G., Anendrup K., Nyhuss P., Pedersem O D., Polyurethane film (Opsite®) vs. Impregnated gauze (Jalonet®) in the treatment of outpatient burns, randomized study. Burns Incl. Therm. Inj., 1991; 17: 59-61.
3. Janzekovic Z A., New concept in the early excision and immediate grafting of burns, J. Trauma, 1970; 10: 1103-1108.
4. Munster A M., Smith-Meck M., Sharley P., The effect of early surgical intervention on mortality and cost-effectiveness in burn care, 1978- 1991, Burns, 1974: 20(1): 61-64.
5. Edstrom L E., Robson M E., Macchiaverna J R., Scala A D., Prospective Randomized treatments for burned hands; nonoperative vs. operative, Scand J. Plast. Reconstr. Surg., 1979; 13: 131-135.
6. Aleznder J W., Macmillan B G., Law E., Kittur D S., Treatment of severe burns with widely meshed skin autograft and meshed skin allograft overlay, J. Trauma, 1981; 21(6): 433-438.
7. Thompson P., Herndon D N., Abston S., Rutan T., Effect of early excision on patients with major thermal injury, J. Trauma, 1987, 27(2): 205-207.
8. Herndon D N., Barrow R E., Rutan R L., Rutan T C., Desai M H., Abston S., A comparison of conservative versus early excision therapies in severely burned patients, Ann. Surg., 1989; 209: 547-553.
9. Sheridan R I., Hagarty M T., Tompkins R G., Burk J F., Artificial skin invasive burns; results in ten years, Br. J. Plast. Surg., 1984; 17: 94-97.
10. Cuomo C., Langdon R., McGuire J., Use of cultured epidermal autografts and dermal allografts as skin replacement after burn injury, Lancet, 1986; 1: 1123-1124.

10. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de la imagen Institucional	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2105	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20