



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN QUIRÚRGICA**

**SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS**



**Código:**  
MG-SQ-25



**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 1 de 17

# GUÍA CLÍNICA DE SECUELAS POR QUEMADURA

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

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 2 de 17</b>		

### 1. Propósito

Establecer un criterio uniforme para el Diagnóstico y Tratamiento de las secuelas en el paciente quemado.

### 2. Alcance

Aplica a todo el personal médico adscrito al Servicio de Cirugía Plástica en el Centro Nacional de Investigación y Atención al Paciente Quemado

### 3. Responsabilidades

#### Subdirector del CENIAQ:



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

#### Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva:

- 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

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 3 de 17</b>		

#### 4. Políticas de operación y normas.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra se brinda atención médica quirúrgica especializada a los pacientes que presentan secuelas por quemadura, todo con la finalidad de reintegrarlos a su ámbito social laboral y psicológico.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

### CICATRIZACIÓN PATOLÓGICA

#### 5. Definición

**5.1 Madura:** Cicatriz plana y blanquecina.

**5.2 Inmadura:** Cicatriz roja, con prurito o dolor y ligeramente elevada en el proceso de remodelación, madurara normalmente hasta aplanarse.

**5.3 Hipertrófica lineal:** cicatriz roja, elevada, algunas veces con prurito confinada al borde de la incisión quirúrgica original.

**5.4 Hipertrófica diseminada:** Cicatriz roja, elevada y diseminada algunas veces con prurito, confinada al borde de la incisión quirúrgica original.

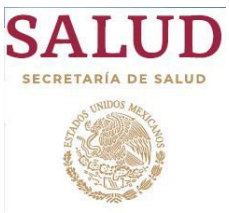

**5.5 Queloide Menor:** Cicatriz focalmente elevada, con comezón que se extiende al tejido normal.

**5.6 Queloide Mayor:** Cicatriz grande, elevada (>0.5 cm) posiblemente dolorosa o con prurito que se extiende sobre el tejido normal.

#### 6. Diagnóstico

##### 6.1 Cuadro Clínico:

**Hipertrófica lineal.**- ocurre en semanas posterior al procedimiento quirúrgico, la cicatriz aumenta rápidamente en tamaño los primeros 3-6 meses, llegando a un periodo estático para posteriormente involucionar. Generalmente maduran hasta tener una apariencia de

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 4 de 17</b>		

cuerda, ligeramente elevada con un ancho aumentado. El proceso completo de maduración puede tomar hasta 2 años.

**Hipertrófica diseminada.**- ocurre en semanas posterior al procedimiento quirúrgico, la cicatriz aumenta rápidamente en tamaño los primeros 3-6 meses, llegando a un periodo estático para posteriormente involucionar. Generalmente maduran hasta tener una apariencia de cuerda, ligeramente elevada con un ancho aumentado. El proceso completo de maduración puede tomar hasta 2 años.

**Queloides Menor.**- Se desarrolla hasta 1 año después de la cirugía y no involuciona por sí sola, la resección quirúrgica simple es seguida de recurrencia generalmente. Puede existir alguna anomalía genética. Sitios comunes son: lóbulo auricular, hombros y esternón.

**Queloides Mayor.**- Generalmente resultan de traumas menores y pueden continuar diseminándose por años.

## 6.2 Laboratorio y Gabinete

### No invasivos:

Calorimetría

Planimetría

Volumetría

Propiedades mecánicas: fuerza tensil, resistencia y elasticidad.

## 6.3 Estudios Especiales

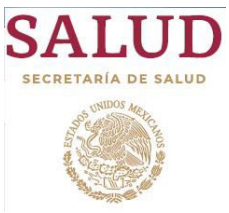

### Invasivos:

Colágeno

Proteinasa

Factores de crecimiento

Proteoglicanos

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 5 de 17</b>		

## Tipos Celulares

### 6.4 Clasificación de las Cicatrices (Escala de Vancouver)

**Madura:** Cicatriz plana y blanquecina.

**Inmadura:** Cicatriz roja, con prurito o dolor y ligeramente elevada en el proceso de remodelación, madurara normalmente hasta aplanarse.

**Hipertrófica lineal:** cicatriz roja, elevada, algunas veces con prurito confinada al borde de la incisión quirúrgica original.

**Hipertrófica diseminada:** Cicatriz roja, elevada y diseminada algunas veces con prurito, confinada al borde de la incisión quirúrgica original.

**Queloides Menor:** Cicatriz focalmente elevada, con comezón que se extiende al tejido normal.

**Queloides Mayor:** Cicatriz grande, elevada (>0.5 cm) posiblemente dolorosa o con prurito que se extiende sobre el tejido normal.

## 7. Tratamiento

### 7.1 Médico

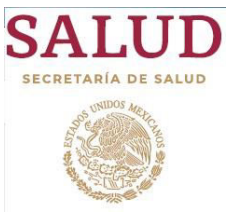

#### 7.1.1 Aplicación de láminas de silicón:

Se ha convertido en el cuidado estándar de los cirujanos plásticos. Es una manera segura y efectiva de tratar la cicatriz patológica. Especialmente útil en niños. Se utiliza por dos meses posterior al acto quirúrgico inmediatamente posterior a la epitelización

#### 7.1.2 Presoterapia:

Es la terapia estándar para cicatrices hipertróficas en quemados y es la terapia de primera línea en muchos centros. Generalmente se recomienda que la presión sea mantenida en 24 y 30 mmHg de 6 a 12 meses para ser efectiva.

#### 7.1.3 Adhesivo micro poroso hipoalergénico:

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015	 <b>I N R</b> <b>L G I I</b>	<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja: 6 de 17</b>

Aplicar este tipo de tela adhesiva para refrescar las incisiones quirúrgicas y mantenerlas así por algunas semanas. El mecanismo de acción se desconoce pero puede ser mecánico (presión) y oclusivo (silicón).

## 7.2 Medicamentos:

### 7.2.1 Corticoesteroides:

La Triamcinolona es un tratamiento de primera línea y eficaz para la cicatriz queloide y de segunda línea para la cicatriz hipertrófica si otras terapias no han resultado. La respuesta varía de 50 a 100% con una recurrencia de 9 a 50%. En cara se administra 2.5-20 mg/mL y en cuerpo de 20-40 mg/mL cada mes.



### 7.2.2 Interferon- $\alpha$ , interferon- $\beta$ e interferon- $\gamma$

Se ha demostrado que aumentan la lisis de colágeno. Se administra interferon- $\alpha$ 2b tres veces por semana, resultando en una disminución importante y mejoría de las cicatrices hipertróficas. Se ha reportado mayor eficacia vs Triamcinolona en la prevención postquirúrgica de recurrencia en cicatriz queloide.

Las inyecciones son dolorosas por lo que se requiere anestesia regional.

### 7.2.3 Bleomicina:

Es eficaz en el tratamiento de cicatriz postquirúrgica y traumática hipertrófica. En pacientes con cicatrices antiguas que no evolucionaron bien a la inyección de Triamcinolona se administran inyecciones de 0.01% cada 3 o 4 semanas observando buena respuesta con una técnica de punción múltiple en la superficie cutánea. Efectos adversos: pérdida de uñas y fenómeno de Raynaud.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 7 de 17</b>		

#### 7.2.4 5-Fluoracilo

Se ha utilizado con éxito como monoterapia, así como combinado con Triamcinolona en cicatriz hipertrófica y queloide.

#### 7.3 Rehabilitación:

Ejercicios de estiramiento para evitar contractura cicatricial en articulaciones menores y mayores. Posterior al retiro de puntos y/o tratamiento indicado, se envía a un período de rehabilitación física por parte del servicio de Rehabilitación del CENIAQ el cual observa que tipo de terapia es la más adecuada para el paciente, así como también los ejercicios que puede iniciar el paciente a partir del momento que se juzgue conveniente.

#### 7.4 Otros:

##### 7.4.1 Radioterapia:



Se ha utilizado como monoterapia o combinada con cirugía para cicatrices hipertróficas y queloides. La respuesta a la monoterapia es de 10-94% con una recurrencia de cicatriz queloide de 50-100%. Los mejores resultados se alcanzan con 1500-2000 rads en 5-6 sesiones en el postoperatorio temprano.

##### 7.4.2 Laser:

El laser dióxido de carbono de alta energía de pulso corto y el laser dióxido de carbono de ondas continuas digitalizadas son efectivos en las cicatrices hipertróficas y queloides, así como las de acné, traumáticas y varicela.

El laser Neodinium-Itrio-aluminio-granate tiene tasas de respuesta de 36-47 % con solo una sesión.

El laser Erblio-Itrio-aluminio-granate es un tratamiento seguro y efectivo para cicatriz hipertrófica y cicatrices deprimidas.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja: 8 de 17</b>

El tratamiento laser tiene limitaciones en el seguimiento por lo que se requieren mayores estudios para definir su rol en la cicatriz patológica.

#### **7.4.3 Crioterapia:**

Como monoterapia resulta en el aplanamiento de las cicatrices queloides en el 51-74% de pacientes después de dos o más sesiones y es benéfica en la utilización de cicatrices por acné. Dentro de sus efectos secundarios se encuentra la hiperpigmentación, atrofia moderada de piel y dolor.

### **7.5 Quirúrgico**



#### **7.5.1 Técnica sugerida**

Escisión Quirúrgica: la escisión de cicatriz hipertrófica y queuloide es una opción común utilizada en combinación con Triamcinolona o placas de silicón. La monoterapia en cicatriz queuloide resulta en una recurrencia del 45-100%. Combinada con Triamcinolona reduce la recurrencia a menos del 50% y combinada con radioterapia reduce la recurrencia a menos del 10%. La cicatriz hipertrófica y queuloide resulta de una tensión excesiva o complicaciones de herida como infección o cierre por segunda intención, por lo que puede ser eficazmente tratada con una escisión quirúrgica combinada con adhesivo microporoso y laminas de silicón. La Z-plastia o W-plastia mejoran la apariencia y la morbilidad de cicatrices contráctiles, pero no son apropiadas para cicatrices hipertróficas inmaduras.

#### **7.5.2 Manejo Preoperatorio:**

Posterior al ingreso del paciente se realiza una historia clínica completa así como también una minuciosa exploración física, se solicitan estudios prequirúrgicos así como hemoderivados en caso de requerir. Y según la edad del paciente se solicita una valoración prequirúrgica, en los casos de que el paciente sea mayor de 45 años.



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 9 de 17</b>		

### 7.5.3 Manejo Post operatorio

Después de que el paciente es intervenido quirúrgicamente se mantiene hospitalizado durante el tiempo necesario. Posterior a la cirugía, se le realizan las curaciones pertinentes diariamente y se observa evolución.

### 7.5.4 Seguimiento

Posterior al egreso a su domicilio, el paciente es valorado 7 días después en consulta externa, y se realiza curación; 14 días después de la intervención se retiran puntos de sutura y se envía a rehabilitación física.

## 8. Evaluación del resultado

### 8.1 Cuantitativo N/A

### 8.2 Cualitativo N/A

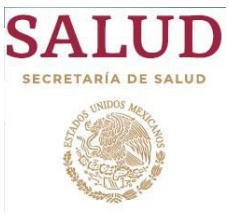

## 9. Criterios de alta

El paciente se mantiene en observación en un período de 18 a 24 meses y en caso de que exista una movilidad activa y pasiva satisfactoria, es decir un rango completo de movilidad de las articulaciones, sin presencia de edema, eritema, prurito ni dolor se decide su egreso del servicio.

## CICATRIZ RETRACTIL

### 10. DEFINICION:

Cicatriz engrosada y contracturada que ocasiona alguna deformidad o alteración en la movilidad, consecuencia del proceso de cicatrización.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
			Hoja: 10 de 17

## 11. DIAGNÓSTICO:

**11.1 Cicatriz hipertrófica y contracturada, consecuencia de las quemaduras, que ocasiona limitación de las partes móviles del cuerpo como parpados, cuello, axila, codo, manos pies, dedos, ingles rodillas y tobillo.**

## 12. CUADRO CLINICO:

**Dolor a nivel del área afectada, deformidad de la misma e incapacidad funcional en forma activa y pasiva.**

## 13. LABORATORIO Y GABINETE:

### 13.1 No Invasivos

En estudios de gabinete se solicitan radiografías simples con proyecciones anteroposterior y lateral para valorar las articulaciones afectadas y posibles lesiones asociadas.

### 13.2 Invasivos:

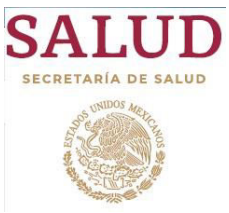

En el laboratorio no existen alteraciones, a menos de que el paciente presente una alteración metabólica que pudiera dar datos alterados en las pruebas que se realicen.

**13.3 Especiales:** no ameritan estudios especiales.

## 14. CLASIFICACION DE CICATRICES RETRACTILES:

*Intrínsecas:* resultado de de la pérdida de tejido en el área afectada con la subsecuente distorsión de la parte anatómica involucrada.

*Extrínsecas:* son aquellas en las cuales la pérdida de tejido es a distancia pero que la distorsión involucra áreas no afectadas.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 11 de 17</b>		

## 15. TRATAMIENTO

### 15.1 Médico:

En primera instancia se realiza una evaluación integral de las contracturas en conjunto con rehabilitación para determinar las áreas a tratar.

### 15.2 Medicamentos:

En caso de dolor se puede se administra preferentemente analgésicos derivados de la pirazolona (metamizol), o derivados del ácido heteroacrílico (ketorolaco).

### 15.3 Rehabilitación:

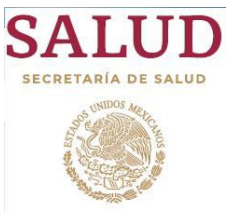

Ejercicios de flexion-extension para evitar alteraciones en articulaciones menores y mayores. Posterior al retiro de puntos y/o tratamiento indicado, se envía a un período de rehabilitación física por parte del servicio de Rehabilitación del CENIAQ el cual observa que tipo de terapia es la más adecuada para el paciente, así como también los ejercicios que puede iniciar el paciente a partir del momento que se juzgue conveniente.

### 15.4 Quirúrgico

- A.-Reseccion y cierre primario
- B.-Cierre con un injerto cutáneo
- C.-Cierre con colgajo de piel adyacente
- D.-Cierre con colgajo musculocutáneo o fasciocutáneo adyacente
- E.-Cierre con un colgajo libre microvascularizado fasciocutáneo o musculocutáneo

#### A.- CIERRE PRIMARIO

Es abordaje más simple y directo para la reconstrucción. Es útil en cicatrices que ocasionan hiperestésias y prurito. Se marcan los bordes a reseca, se realiza pruebas de pinzamiento para valorar el cierre primario. A veces en necesario dejar un borde de cicatriz para no dejar a tensión

	<p align="center"><b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015</p>		<p><b>Código:</b> MG-SQ-25</p>
	<p align="center"><b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b></p>		<p><b>Fecha:</b> DIC 20</p>
	<p align="center"><b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b></p>		<p><b>Rev. 03</b></p>
			<p><b>Hoja:</b> 12 de 17</p>

el cierre. Para minimizar el sufrimiento vascular de los bordes, se debe evitar la disección subcutánea. Se sutura con suturas sintéticas.

### **B.- INJERTO CUTÁNEO:**

En caso de aéreas retractiles funcionales como párpados, boca, cuello y grandes articulaciones se preferirá injertos de espesor total laminado minimizando la contractura secundaria, en las demás áreas se utilizara injertos de espesor parcial mallados o sin mallar.

*Injerto cutáneo previa colocación de matriz dérmica:* este tipo de material forma una capa de estructuras parenquimatosas que semejan a la dermis, proveyendo una cobertura cutánea con injerto autologo en situaciones donde previamente el cierre primario no fue posible.

### **C.- COLGAJOS CUTANEOS**

*Colgajos Axiales:* la piel esta directamente irrigada por arterias conocidas, los colgajos que no consideran estos aspectos deben mantener en rango longitud-ancho dependiendo el área a tratar.



*Z-plastia:* se basa en el principio de movilizar un segmento completo de piel con su vascularidad de una área adyacente al sitio donde se necesita. Esto se logra interposicionando 2 colgajos de piel en forma de triangulo equilátero. La cicatriz se libera y los colgajos son interpuestos en direcciones opuestas.

*Z-plastia modificada, z-plastia ¾:* Dos colgajos de ángulo recto, ejemplo: un ángulo interno de 90 grados y los otros de 45%. El ángulo para los colgajos triangulares has disminuido de 60° convencionalmente a 45° por ello el termino z-plastia ¾. El extremo del triangulo de 90° se realiza en el área cicatrizada. El otro extremo se hace perpendicular a la primera, el ángulo formado por el segundo extremo del triangulo de ángulo recto ya la hipotenusa del segundo triangulo de ángulo recto es 45°. Un colgajo triangular se forma para llenar el defecto.

### **D.-COLGAJO MIOCUTANEO O FASCIOCUTANEO ADYACENTE:**

*Z-plastia musculocutanea:* El patrón de marcaje cutáneo es igual al de la z-plastia convencional solo que a diferencia del otro, este debe incluir el musculo que se encuentra bajo la piel.

*Z-plastia fasciocutanea:* Es una modificación de la Z-plastia musculocutánea, donde solamente se incluye la fascia muscular (sin músculo).

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 13 de 17</b>		

*Z-plastia fasciocutanea ¾* : Modificación de la z-plastia ¾ convencional en la cual se debe incluir la fascia muscular subyacente.

*Z-plastia paratenocutanea y Z-plastia paratenocutanea ¾* : en circunstancias donde la fabricación de colgajos compuestos está indicada, en la porción distal de extremidad superior e inferior (muñeca y tobillo) el paratenon se incluye para la elaboración del colgajo.

*Colocación de expansores*: la expansión de tejido para contrarrestar el estrechamiento cutáneo por quemadura sigue los mismos principios solo que se lleva a cabo la expansión del tejido por medio de un instrumento inflable.

#### **E.- COLGAJOS LIBRES MICROVASCULARIZADOS, MUSCULOCUTANEOS O FASCIOCUTANEOS.**

El trasplante de tejidos compuestos autólogos se puede llevar a cabo con mínimas morbilidades. El tipo de colgajo a elegir se llevara a cabo dependiendo de las necesidades del área a cubrir.



#### **15.5 Manejo Preoperatorio:**

Posterior al ingreso del paciente se realiza una historia clínica completa así como también una minuciosa exploración física, se solicitan estudios prequirúrgicos así como hemoderivados en caso de requerir. Y según la edad del paciente se solicita una valoración prequirúrgica, en los casos de que el paciente sea mayor de 45 años.

#### **15.6 Manejo Post operatorio**

Después de que el paciente es intervenido quirúrgicamente se mantiene hospitalizado durante el tiempo necesario. Posterior a la cirugía, se le realizan las curaciones pertinentes diariamente y se observa evolución.

#### **15.7 Seguimiento**

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 14 de 17</b>		

Posterior al egreso a su domicilio, el paciente es valorado 7 días después en consulta externa, y se realiza curación; 14 días después de la intervención se retiran puntos de sutura y se envía a rehabilitación física.

## 15.8 Evaluación del resultado

15.8.1 Cuantitativo: N/A

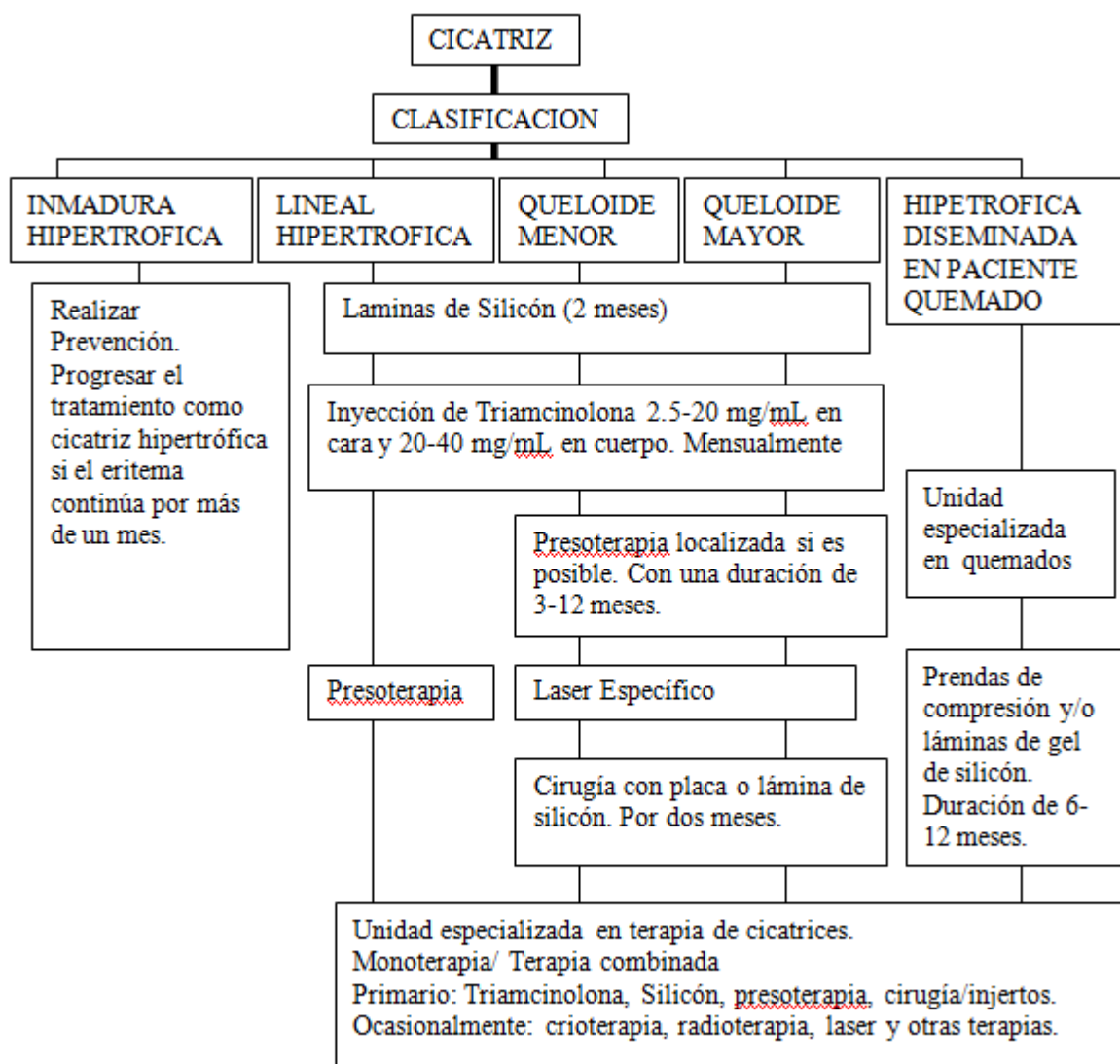
15.8.2 Cualitativo: N/A

## 16. Criterios de alta

El paciente se mantiene en observación en un período de 18 a 24 meses y en caso de que exista una movilidad activa y pasiva satisfactoria, es decir un rango completo de movilidad de las articulaciones, sin presencia de edema, eritema, prurito ni dolor se decide su egreso del servicio.

## 17. ANEXOS

## 17.1 FLUJOGRAMAS



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN QUIRÚRGICA**

**SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS**

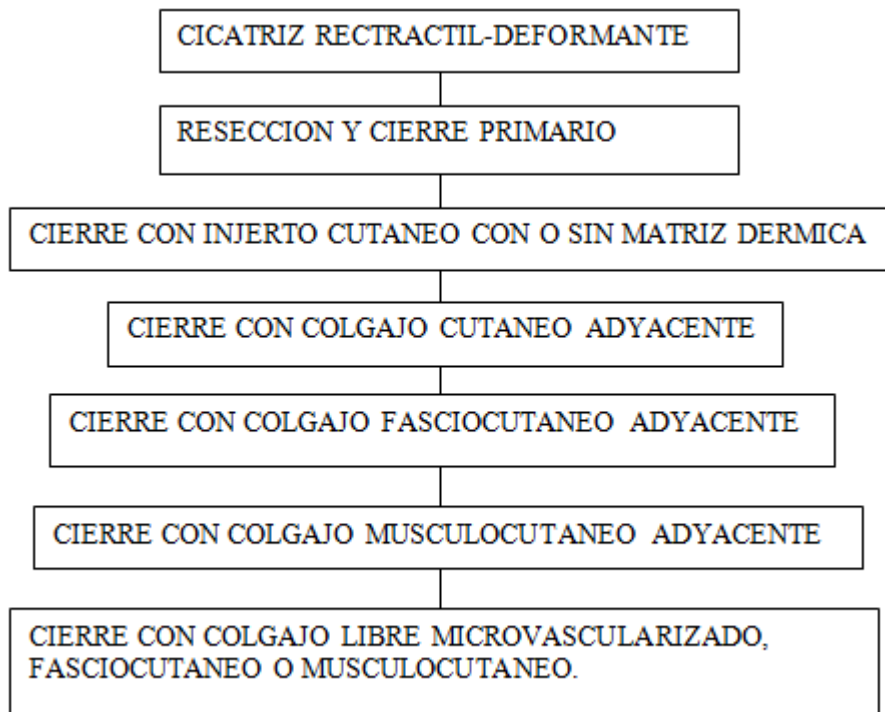


**Código:**  
MG-SQ-25

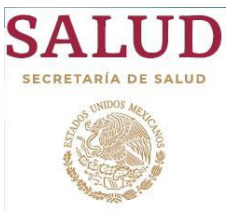

**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 16 de 17





	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SQ-25
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE QUEMADOS</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 17 de 17</b>		

## 17. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1.-Thomas A, et al. International Clinical Recommendations on Scar Management. Plast Reconst Surg 110: 560, 2002.

8 Herdon D. Total Burn Care. 3<sup>rd</sup> edition. Elsevier. 674-686

## 18. 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