

TARJETA DE BOLSILLO: CUIDADO DE PACIENTES CON QUEMADURAS

Guía de Referencia Rápida para Estudiantes de Enfermería • Basada en Evidencia Clínica

I. GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA CRÍTICA

Término Clínico	Definición Concisa y Relevancia Práctica
Autoinjerto	Injerto derivado de una parte del cuerpo del propio paciente y utilizado en otra parte del mismo individuo. Es el método autólogo definitivo e ideal, ya que no produce rechazo inmunitario.
Homoinjerto	Injerto transferido de un humano (vivo o cadavérico) a otro; también llamado <i>aloinjerto</i> . Funciona como apósito biológico temporal para proteger la herida.
Xenoinjerto	Injerto obtenido de un animal de especie distinta (comúnmente piel de cerdo); también llamado <i>heteroinjerto</i> . Actúa como cobertura temporal en heridas superficiales limpias.
Escara	Tejido necrótico y desvitalizado que se forma sobre las quemaduras o heridas de espesor parcial profundo o total. Debe ser resecado para permitir la curación.
Escarotomía	Escisión quirúrgica lineal realizada a través de la escara para liberar la constricción del tejido subyacente y restaurar la perfusión sanguínea distal en miembros comprometidos.
Fasciotomía	Incisión quirúrgica que se practica a través de la fascia para liberar la constricción y la alta presión acumulada en el compartimento muscular. Común en quemaduras eléctricas.
Carboxihemoglobina	Compuesto de monóxido de carbono (CO) y hemoglobina formado en la sangre por exposición e inhalación de CO. Desplaza al oxígeno y causa hipoxia tisular severa.

II. DIAGNÓSTICO RÁPIDO: EXTENSIÓN Y PROFUNDIDAD

Regla de los Nueves (Adultos): Cabeza: 9% (4.5% anterior/posterior) • Brazos: 9% cada uno • Tronco Anterior: 18% • Tronco Posterior: 18% • Piernas: 18% cada una • Genitales: 1%.

Método Palmar: La mano del paciente (incluyendo dedos) equivale a $\approx$ 1% de su SCT. Útil para quemaduras dispersas o parches.

Método de Lund y Browder: Es el más preciso. Divide el cuerpo en áreas pequeñas y ajusta el porcentaje según la edad del paciente (especialmente cabeza y piernas). Valoración inicial en urgencias y reevaluación estricta a las 72 h.

Grado de Profundidad	Afectación Tisular	Características Diagnósticas Clave & Evolución
1° Grado (Superficial)	Involucra únicamente la capa más externa de la piel (epidermis).	Eritematosa, epidermis intacta. Signo de Nikolsky negativo (el tejido frotado no se separa de la dermis). El dolor mejora temporalmente con frío. Cura en pocos días sin dejar cicatrices (ej. quemadura solar).
2° Grado (Espesor Parcial)	Toda la epidermis y diversas porciones de la dermis.	Muy dolorosa, hipersensibilidad al tacto y corrientes de aire. Formación de ampollas (flictenas), base húmeda y moteada. Folículos pilosos y anexos cutáneos permanecen intactos. Curación en 2 a 3 semanas.
3° Grado (Espesor Total)	Destrucción total de epidermis, dermis y, a veces, tejido subcutáneo.	Color varía de blanco pálido a rojo, café o carbonizado. Herida insensible y anestésica (fibras nerviosas destruidas). Aspecto seco y de textura similar al cuero por destrucción de la microcirculación. Requiere injertos.
4° Grado (Necrosis Profunda)	Se extiende a tejidos profundos, fascia, músculo o huesos.	Aspecto carbonizado, negro, seco, totalmente insensible. Destrucción masiva de células y miocitos. Alta probabilidad de amputación y complicaciones renales severas. El injerto directo no es beneficioso de inmediato.

III. PROTOCOLO DE REANIMACIÓN HÍDRICA (FÓRMULA DE LA ABA)

Tipo de Lesión (ABA)	Fórmula de Reanimación (Volumen en 24h)	Esquema de Infusión y Meta Clínica Absoluta
Térmicas o Químicas	2 mL RL × peso (kg) × % SCT quemada Usa cristaloides Ringer Lactato (RL) por tener pH y osmolalidad similares al plasma humano.	Distribución del Tiempo: • Primeras 8 horas: Administrar el 50% del total calculado. ¡ATENCIÓN! Inicia desde la hora de la lesión , no desde la admisión hospitalaria. • Siguientes 16 horas: Administrar el 50% restante. Meta de Titulación de Líquidos: • Adultos: 0.5 - 1.0 mL/kg/h de diuresis horaria.
Eléctricas	4 mL RL × peso (kg) × % SCT quemada Las lesiones por conducción eléctrica causan daño muscular oculto y severo que requiere mayor volumen de líquidos.	Meta de Titulación de Líquidos: • Adultos: 75 - 100 mL/h de diuresis horaria (hasta que la orina esté clara y no se observe roja o café por mioglobinuria).

IV. CHECKLIST EN URGENCIAS: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN ABCDE

- **A (Vía Aérea con protección cervical):** Asegurar permeabilidad. Administrar **oxígeno al 100% humidificado** de inmediato. Preparar intubación protectora temprana si hay dificultad respiratoria grave o edema en cuello/cara.
- **B (Respiración/Ventilación):** Valorar simetría torácica. **Elevar la cabecera de la cama** para disminuir el edema pulmonar. Realizar escarotomía torácica de urgencia si hay quemaduras circunferenciales en el tronco que restringen los movimientos pulmonares.
- **C (Circulación):** Retirar joyería, piercings y ropa restrictiva rápidamente **antes de que se forme edema**. Insertar 2 catéteres i.v. periféricos de gran calibre (G14-18) o vía central. **Elevar miembros quemados** sobre el nivel del corazón para disminuir el edema distal.
- **D (Déficit Neurológico):** Determinar nivel de conciencia y déficit neurológico de forma rápida.
- **E (Exposición y Control Ambiental):** Retirar toda la ropa contaminada para detener el proceso de quemadura. Cubrir con sábanas limpias y secas para evitar contaminación, calentar la habitación y mantener al paciente a salvo de la **hipotermia** (< 35 °C causa vasoconstricción y agrava la necrosis).

V. ALERTAS CLÍNICAS RÁPIDAS DE ENFERMERÍA

ALERTA DE SEPSIS (Causa Principal de Muerte)

La sepsis es la **principal causa de morbilidad y mortalidad tardía**. El diagnóstico es un reto debido al estado de hipermetabolismo basal. **Sospechar sepsis inmediata si presenta:** Temperatura menor de 36 °C o picos de fiebre, Frecuencia Cardíaca > 130 lpm, taquipnea severa, déficit de base menor de -6 mEq/L, glucosa sérica > 150 mg/dL de forma persistente, o necesidad de fármacos vasopresores.

ALERTA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL (Vigilancia Neurovascular)

El edema masivo en quemaduras circunferenciales actúa como un torniquete natural obstaculizando el flujo arterial. **Vigilar de forma estrecha:** Disminución o ausencia de pulsos periféricos (usar Doppler si es necesario), palidez extrema, frialdad del miembro o dolor progresivo e insoportable desproporcionado. **Tratamiento Urgente:** Informar al cirujano para realizar **escarotomía o fasciotomía** de urgencia para restablecer la perfusión tisular.

ALERTA DE MIOGLOBINURIA (Quemaduras Eléctricas)

La destrucción muscular masiva libera **mioglobina** a la circulación, la cual se excreta por los riñones ocluyendo los túbulos renales (provocando **necrosis tubular aguda** e insuficiencia renal). **Signo de alarma:** Orina de color rojo o café oscuro. **Acciones clave:** Incrementar la administración de líquidos i.v. para asegurar una diuresis horaria de **75-100 mL/h** y alcalinizar la orina agregando 50 mEq de bicarbonato de sodio por litro de solución i.v.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN INMEDIATA A CENTRO DE QUEMADOS

Transferir de inmediato a un Centro de Quemados certificado (Criterios ABA):

- Quemaduras de espesor parcial que cubran el **10% o más de la superficie corporal total (SCT)**.
- Quemaduras que afecten áreas funcionales/estéticas críticas: **cara, manos, pies, genitales, perineo y articulaciones mayores**.
- Quemaduras de **tercer grado** en cualquier grupo etario.
- Quemaduras de etiología compleja: **eléctricas (incluso rayos), químicas o lesión por inhalación**.
- Quemaduras en pacientes con afecciones médicas preexistentes o traumatismos concomitantes.