







## **ASISTENCIA INICIAL DEL PACIENTE QUEMADO**

### Asistencia prehospitalaria

- Valorar seguridad del escenario
- Retirar al paciente a un área segura
- Enfriar quemaduras profusamente con agua
- Quitar alhajas y ropas no adheridas
- Evitar hipotermia, envolver con sábanas limpias
- Cubrir quemaduras con apósitos estériles
- Analgesia (ver cuadro 1)
- Traslado a centro terciario

### Considerar:

Trauma asociado. Intoxicación por humo de incendio (CO, acido cianhídrico), quemadura vía aérea, injuria pulmonar aguda)

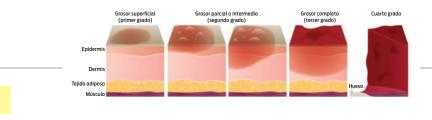


### **Evaluación Inicial**



### Calculo de superficie corporal quemada:

- Regla de la palma para cálculo rápido
- Utilizar esquema de Lund Browder en lactantes y niños
- Regla de **Wallace en adolecentes** (Ver figuras 1, 2 y 3)
- Valorar profundidad y localización de quemaduras
- Retirar ropa no adherida y accesorios
- Analgesia (ver cuadro 1)
- Lavar heridas con SF
- Cubrir con apósitos estériles embebidos con SF



### **ESTABLE**

### 1º grado 2º grado superficiales < 10% SCQ

- No requiere evaluacion por cirujano plástico
- Desbridar ampollas si corresponde
- Cura tópica c/apósitos biosintéticos o sulfadiazina argéntica.
- Vendaje y curas periódicas según apósito
   Seguimiento ambulatorio c/cirugia plástica
- < 2 años / Dificultad en seguimiento ambulatorio

### 2º > 10% SCQ 3º grado

- Áreas especiales (p. ej. cara)
- < 2 años</li>
- Valoración por cirujano plástico:

>10% de SCTQ de 2º grado o más Fluidoterapia

Ringer Lactato (ver cuadro 2)

Ingreso a UNIQUER O UCIN

### A- Estabilizar VA. IOT precoz

Considerar si: estridor, dificultad respiratoria, partículas de carbón en orofaringe, vibrisas quemadas, quemadura por fuego, compromiso de cara y cuello, depresión de consciencia.

**INESTABLE** 

B- O<sub>2</sub> FiO<sub>2</sub> 100%.

### C- Accesos vasculares (VVP o IO)

Laboratorio (ionograma, gasometría, glicemia, función renal y hepática, crasis, hemograma, carboxihemoglobina, PEF).

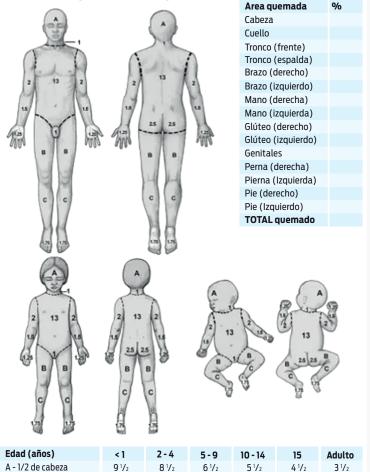
Resucitación con fluídos: Ringer lactato o SF a 20 ml/kg. bolo. Monitorización. \*Analgesia: OPIOIDES (ver cuadro 1)

**D- AVPU**. Valorar IOT si depresión de consciencia

### E- Cálculo de SCTQ.

Si ≥20% de 2º grado o más considerar IOT. Cubrir con compresas estériles embebidas en SF. Prevenir o tratar hipotermia





# ## FEINT | BACK | | BACK

# Cuadro 1 Analgesia en el paciente quemado

- Fentanyl i/nasal: 2-3 mg/kg | iv o i/óseo: 1 a 4 mg/kg
- **Morfina** iv o i/óseo: 0.1 mg/kg | < 3 meses 0.05 mg/kg v/oral < 12 años 0,2-0,5 mg/Kg | 12 años 15-20 mg
- **Ketamina** i/nasal: 1 a 2 mg/kg | iv or i/óseo: 0,5 a 2 mg/kg
- Paracetamol vo o iv: 15 a 20 mg/kg (max 1000 mg)
- **Ibuprofeno** vo: 10 a 15 mg/kg (max 800 mg)
- **Ketoprofeno:** 0,5 mg/kg vo (max 100mg); 1 mg/kg iv (max 100mg)
- **Dipirona** 20 30 mg/kg vo o iv (max 1000 mg)
- \*Asociar un AINE cuando se utilice un opioide o ketamina

# Cuadro 2 Fluidoterapia gran quemado (SCT >10%)

### Fórmula Parkland 4mL/Kg por % SCQ \*

(niños con lesiones predominantemente profundas 2º grado o mas) 50% del volumen en las primeras 8 hs; 50% en las siguientes 16 hs

Fórmula Brooke 2mL /Kg por % SCQ

(niños con lesiones predominantemente superficiales)

\* Sumar aporte basal por fórmula de Holliday Segar en niños menores de 5 años.

RESPUESTA DUIRÉTICA ADECUADA : 1mL/Kg/hora

# Figura 3 Método palmar Palma del paciente correspond

Palma del paciente corresponde al 1% de la SCT

