

POE QUEMADURAS

MANEJO INICIAL DEL PACIENTE QUEMADO

En la evaluación de pacientes con lesiones térmicas, debe aplicarse un abordaje sistemático cuya primera tarea es identificar las mayores amenazas para la vida.

La evaluación y manejo inicial se realizan según las normas del ABLS.

- A. Vía aérea con restricción de la movilidad espinal (si está indicado)**
- B. Ventilación y Oxigenación**
- C. Circulación**
- D. Déficit neurológico**
- E. Exposición con prevención de la hipotermia**

A- VALORACIÓN DE LA VÍA AÉREA con restricción de la movilidad espinal (si está indicado).

La causa más inmediata de amenaza vital para estos pacientes es la obstrucción de la vía aérea superior por edema.

Los principales indicadores de sospecha son:

- Antecedente de quemadura por fuego o exposición a gases sobrecalentados en espacios cerrados
- Glasgow menor a 8 puntos
- Quemaduras por fuego de cara, cuello o tronco superior
- Esputo carbonáceo o partículas de hollín en orofaringe
- Eritema o edema en orofaringe
- Cambio de la voz (disfonía, tos áspera)
- Estridor, taquipnea o disnea
- Broncorrea
- Sibilancias
- Edema lingual
- Desorientación

Tener en cuenta que los anteriores son solo indicadores de sospecha y su presencia en forma aislada no indica siempre compromiso de vía aérea.

La permeabilidad de la vía aérea debe asegurarse mediante las técnicas habituales.

POE QUEMADURAS

La intubación orotraqueal en las víctimas de quemaduras está indicada en pacientes:

- Inconscientes
- Pacientes con sospecha de lesión por inhalación de gases sobrecalentados
- Insuficiencia respiratoria
- Quemaduras muy extensas
- Trauma asociado que comprometa la vía aérea o la mecánica respiratoria

B- VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN

Una vía aérea permeable no equivale a una ventilación satisfactoria. Para asegurar la máxima oxigenación y la eliminación de anhídrido carbónico, es indispensable un intercambio gaseoso adecuado.

En todos los casos se debe aplicar oxígeno a alto flujo (8-15 l/min) mediante mascarilla durante al menos 6 hs, intentando conseguir altas concentraciones de O₂ ante el caso intoxicación con CO.

Si el paciente está intubado administraremos una FiO₂ inicial de 1.

Descartar:

- -Trauma de tórax asociado (neumotórax, hemotórax, tórax inestable, etc.)
- -Falta de expansión por quemadura tipo B circunferencial (realizar escarotomía)

C- CIRCULACIÓN

El acceso intravenoso es necesario para el inicio de la fluidoterapia, para la administración de analgesia y para la sedación en el caso de que sea preciso intubar al paciente.

Accesos venosos

- Primera opción: vena periférica área no quemada
- Segunda opción: vena central área no quemada
- Tercera opción: vena periférica área quemada
- Última opción: vena central área quemada

La infusión de fluidos debe iniciarse a alto ritmo, siendo de elección el **Ringer Lactato** según la siguiente fórmula:

Fórmula de Parkland: 2 ml x superficie corporal quemada AB y B (%) x peso (kg) en 24 hs

Aplicable a quemaduras AB o B > 20 % de SCQ.

POE QUEMADURAS

Cuando el porcentaje de quemadura supera el 50 % de la superficie corporal, en la fórmula solo se considera un porcentaje de 50 %.

La mitad de la cantidad calculada se infunde en las primeras 8 horas desde el momento de la quemadura, y el resto en las 16 horas restantes.

Para evitar la sobrecarga de volumen se recomienda iniciar la expansión administrando inicialmente entre 500 y 1000 ml. (según la extensión de la quemadura) en 30 a 60 minutos. Despues de la reposición inicial, disminuir gradualmente la velocidad y adecuar la administración de líquidos monitoreando la respuesta. Los objetivos principales son mantener una tensión arterial media (TAM) cercana a 70 mm. Hg y lograr una diuresis entre 0,5 y 1 ml/kg/peso.

La reanimación oral es factible en quemaduras menores a 20% de SCQ.

No hay evidencia científica que respalte el uso de coloides y su costo es elevado.

D- DÉFICIT NEUROLÓGICO

Esta evaluación pretende establecer el nivel de conciencia, tamaño y reacción pupilar.

Aplicar escala de Glasgow a todos los pacientes al ingreso.

Si existe déficit neurológico se debe descartar hipoxia, hipovolemia o trauma craneoencefálico asociado.

E- EXPOSICIÓN DEL PACIENTE

Evaluar al paciente por delante y por detrás y retirar anillos y otros accesorios, y lentes de contacto.

Abrigar mediante mantas o sábanas para minimizar la pérdida de calor y controlar la temperatura ambiental para evitar hipotermia.

Administrar líquidos calentados

Elevar la cabecera a 30° para limitar la formación de edema facial.

Elevar extremidades quemadas por encima del tórax.

POE QUEMADURAS

REVISIÓN SECUNDARIA

En la valoración secundaria, se realiza una exploración minuciosa en busca de lesiones graves no relacionadas con la quemadura. Debe completarse antes de abordar la lesión térmica propiamente dicha. En esta fase, deben practicarse las imágenes, análisis de laboratorio y medidas complementarias indicadas, como sondas vesicales, sondas nasogástricas, etc. Una vez finalizadas estas actuaciones, se puede proceder a una exploración detallada de la lesión térmica.

Los aspectos claves de la revisión secundaria son:

- Historia clínica: identificar **mecanismo y condiciones** en que se produjo la lesión y la **hora de la quemadura** lo más precisamente posible
- Investigar existencia de comorbilidades
- Analgesia y sedación con opiáceos
- Cateterismo urinario para monitoreo de diuresis
- Exámenes radiológicos y de laboratorio
- Vacunación antitetánica
- Monitoreo clínico continuo
- Diagnóstico de la profundidad y extensión de las quemaduras

Recomendaciones para el Monitoreo Clínico:

- Saturación de Oxígeno
- Presión arterial seriada, manteniendo PAM de 70 mmHg.

En pacientes críticos (Grupo IV de Benaim) con los 4 miembros afectados, se debe colocar una vía arterial.

- Frecuencia cardíaca:
 - Si < a 120, usualmente indica volumen adecuado
 - Si > a 130, usualmente indica déficit de volumen.
- Temperatura:
 - Hay tendencia a la hipotermia inicial secundaria a una alteración de la termorregulación por la quemadura, que puede llevar a inestabilidad hemodinámica y deterioro de la perfusión tisular.
 - Mantener temperatura normal con medidas físicas

POE QUEMADURAS

- Diuresis horaria:

-Se requiere un flujo de 0,5 a 1 ml/kg/hora, procurando no exceder ese valor, para evitar edemas excesivos.

- Electrocardiograma (las arritmias son frecuentes en pacientes de edad avanzada y en quemaduras eléctricas)

- Clasificación de grupo y factor

- Radiografía de tórax

- Laboratorio
 - Gasometría arterial

- Hemograma con recuento de plaquetas. El hematocrito y la hemoglobina durante las primeras 24 horas prácticamente no son de utilidad. Si en las primeras 24 horas existe una caída brusca del hematocrito, hay que sospechar la existencia de una lesión hemorrágica asociada.

- Ionograma (Na, K, Ca, y Mg)

- Urea y Creatinina

- Pruebas de coagulación (TP y KPTT)

- Glicemia

- CPK y mioglobinuria (en caso de quemadura eléctrica).

- Lactato.

- Subunidad β en todas las mujeres en edad fértil.

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE QUEMADO

En la clasificación del paciente tendremos en cuenta:

- La extensión de las quemaduras
- La profundidad de las quemaduras
- La gravedad

EXTENSIÓN

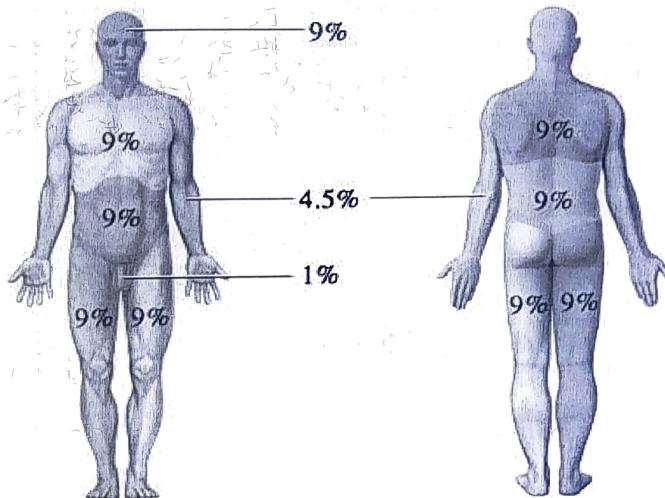
Cuando se estima la extensión de la quemadura aplicando la regla de los 9, es muy frecuente que se sobreestime la superficie corporal quemada. Esto ocurre principalmente porque no siempre está comprometida toda el área anatómica, sino que la quemadura tiene distribución irregular. Es más útil calcular la extensión de las quemaduras tomando como referencia la mano

POE QUEMADURAS

del paciente (incluye la palma y dedos de la mano extendidos y juntos) como el 1% de la superficie corporal.

La Regla de los Nueve es aceptablemente confiable para los adultos y puede ser realizada más rápidamente que la Escala de Lund-Bowder

Regla de los Nueve de Wallace:



Se recomienda usar la regla de los nueve en quemaduras extensas y homogéneas, y la regla del 1% de la palma de la mano en quemaduras parcheadas. El mal cálculo de la extensión trae aparejado errores en la toma de decisiones y fundamentalmente en el cálculo de la fórmula de Parkland para la reposición de líquidos.

PROFOUNDIDAD

La clasificación del Dr. Fortunato Benaim es la más difundida en América Latina, su fortaleza es el énfasis en el pronóstico de la evolución de la quemadura.

Se divide en tres tipos:

- **TIPO A (PRIMER GRADO, EPIDÉRMICA O SUPERFICIAL)**

Afecta únicamente a la epidermis, causa intenso dolor y la superficie está enrojecida. Cicatriza completamente sin dejar secuelas hacia el 5º-7º día cuando se produce la exfoliación de las células muertas. Puede dividirse en eritematosa y flictenular.

POE QUEMADURAS

• TIPO AB (SEGUNDO GRADO, ESPESOR PARCIAL O INTERMEDIA)

Existe afectación de la dermis en diferentes grados de profundidad por lo cual se subdivide en dos dependiendo del compromiso de dermis papilar o reticular.

SUBTIPO ABA (SEGUNDO GRADO SUPERFICIAL)

Forma ampolla que cuando se elimina deja fondo húmedo y rojizo, muy dolorosa. Cura en forma espontánea entre el día 8 y 14, pudiendo dejar como secuela hipo o hipercromías.

- SUBTIPO ABB (SEGUNDO GRADO PROFUNDO)

Afecta hasta la dermis reticular. El lecho que deja la ampolla es blanquecino y con escaso dolor. En la mayoría de los casos requiere injertos cutáneos. Cierra por segunda intención luego del día 21 dejando secuelas cicatrízales.

• TIPO B (ESPESOR TOTAL O TERCER GRADO)

Compromete todas las capas de la piel. La piel se encuentra acartonada y seca, sin sensibilidad. Requiere injertos cutáneos en todos los casos para su tratamiento definitivo.

LOCALIZACIÓN

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

- Cara
- Pliegues articulares
- Cuello
- Genitales y periné
- Manos y pies
- Mamas

CRITERIOS DE GRAVEDAD

Se podrá ubicar los pacientes en un grupo de gravedad según la clasificación de Benaim

	Grupo I Leves	Grupo II Moderados	Grupo III Graves	Grupo IV Críticos
Superficiales A	< 15%	15 - 30%	30 - 60%	> 60%
Intermedias AB	< 5%	5 - 20%	20 - 40%	> 40%
Profundas B	< 1%	1 - 10%	10 - 25%	> 25%

POE QUEMADURAS

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

- Quemaduras por inhalación
- Quemaduras eléctricas
- Zonas especiales (periné, cara, manos, pies, etc.)
- Comorbilidades (infecciones respiratorias, diarreas)
- Sospecha de incumplimiento de las indicaciones
- Quemaduras mayores a un 10% del área corporal tipo AB
- Quemaduras mayores al 2% del área corporal tipo B

INDICACIONES MÉDICAS

- Control de signos vitales (determinar frecuencia según gravedad)
- Control estricto de diuresis (colocar sonda vesical según necesidad. Si la SCQ es > 30 %, siempre)
- Cabecera a 30°
- Monitoreo cardíaco permanente (en quemaduras extensas o de causa eléctrica)
- Saturación mediante oxímetro de pulso permanente (en quemaduras extensas, de causa eléctrica o con sospecha de complicaciones respiratorias)
- Oxígeno por bigotera o máscara (según necesidad)
- Sobreelevar miembros lesionados por encima del nivel del tórax
- Hidratación parenteral: según fórmula de Parkland/Baxter. La solución a utilizar es Ringer Lactato y se deben administrar el 50% del volumen calculado en las primeras 8 hs. a partir del evento traumático y el 50% restante en las siguientes 16 hs. Si el paciente permanece con parámetros hemodinámicos estables, al segundo día suele indicarse la mitad del volumen de Ringer Lactato que el día del ingreso y al tercer día se rota la hidratación parenteral a lo habitual según sus necesidades.
- Medicación habitual del paciente si tenía comorbilidades
- Si presenta fiebre, antitérmicos EV o VO según necesidad
- Profilaxis antitrombótica
- Protección gástrica
- Profilaxis con toxoide tetánico intramuscular
- Curaciones (frecuencia y tipo de curación según las lesiones)

POE QUEMADURAS

- Dieta general, sonda nasogástrica o ayuno (dependerá de la gravedad y localización)
- Analgesia según intensidad del dolor:
 - -Dolor leve: Ibuprofeno 400 mg cada 6 hs. o diclofenac 50 mg cada 8 hs. o ketorolac 20 mg cada 8 hs. o paracetamol 1 gr cada 6 hs VO
 - -Dolor moderado: AINES asociado a tramadol 50 mg cada 8 hs VO/EV o clorhidrato de morfina
 - -Dolor intenso: AINES asociado a clorhidrato de morfina 5 mg EV cada 4 hs (Titular la dosis; ésta es una dosis aproximada para iniciar el tratamiento). Indicar además dosis de refuerzo antes de realizar curaciones o manipulaciones de las heridas y dosis de rescate según necesidad del paciente.
 - Si se indican opioides, administrar durante las primeras 48 hs metoclopramida 10 mg EV cada 8 hs para evitar náuseas o vómitos asociados a los mismos. Si se prolonga la analgesia con opioides, administrar además lactulosa VO para minimizar su efecto constipante.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Después de la evaluación diagnóstica y la instauración de las medidas iniciales de tratamiento, los pacientes continuarán la asistencia médica de la siguiente manera:

- ✓ **GRUPO DE GRAVEDAD I: Seguimiento ambulatorio**
- ✓ **GRUPO DE GRAVEDAD II y GRUPO DE GRAVEDAD III sin afectación de la vía aérea: Internación en sala general o Unidad de Quemados, y asistencia por la GUARDIA DE CLINICA MEDICA**
- ✓ **GRUPO DE GRAVEDAD III con afectación de la vía aérea y GRUPO DE GRAVEDAD IV: Internación en Unidad de Cuidados Críticos.**

El seguimiento ambulatorio puede realizarse en Centros de Salud o en Consultorios Externos del CEMAR.

PROTOCOLO DE CURACIONES

El diseño de protocolos de atención de pacientes quemados tiene como objetivo principal mejorar la calidad de la misma, con los siguientes propósitos:

POE QUEMADURAS

- Unificar los criterios de curación
- Minimizar las secuelas deformantes
- Establecer bases para los nuevos ingresos a la Unidad

Curación es un término que se refiere a la protección y tratamiento de las heridas. En quemaduras superficiales e intermedias el objetivo es lograr las mejores condiciones para la renovación de la epidermis y en las profundas la eliminación de los restos necróticos y cobertura lo antes posible.

La curación inicial incluye la higiene de heridas con agua destilada o solución salina normal, por arrastre, retirando restos desvitalizados y otros contaminantes

La ejecución, técnica y materiales a utilizar estarán determinados por la naturaleza, extensión y localización de la herida, elaborando así un plan de tratamiento que se desarrollará en distintas etapas.

TIPOS DE MATERIALES EMPLEADOS PARA CURACIONES

El material farmacológico empleado para las curaciones de los pacientes quemados es por indicación médica. El objetivo del tratamiento tópico es retrasar inicialmente y minimizar luego la colonización de la herida.

• ***COLAGENASA + CLORANFENICOL (IRUXOL)***

Indicación clínica: Primera elección en quemaduras con restos necróticos, fibrina y en quemaduras de rostro.

Mecanismo de acción

- a) Mecanismo de acción collagenasa: es una enzima proteolítica que tiene actividad selectiva para remover el tejido necrótico sin dañar el nuevo tejido de granulación formado.
- b) Mecanismo de acción cloranfenicol: es un antimicrobiano bacteriostático que inhibe la síntesis proteica en bacterias.

Posología, forma de preparación y administración

Debe tener un contacto uniforme con la superficie de la herida; por consiguiente, se aplicará el ungüento homogéneamente en un espesor de aproximadamente 2 milímetros. Las costras totalmente secas y duras deberían ablandarse primero mediante un vendaje húmedo.

Debe aplicarse diariamente. Es posible aumentar el efecto enzimático aplicando el ungüento 2 veces por día.

POE QUEMADURAS

El material necrótico desprendido debe eliminarse con cuidado al cambiarse el vendaje, utilizando gasa hidrófila, una pinza o eventualmente mediante baños.

• **SULFADIAZINA DE PLATA (PLATSUL-A)**

Indicación clínica: Primera elección para curación de quemaduras tipo A y AB.

Mecanismo de acción

La Sulfadiazina de Plata posee acción antimicrobiana debido a la interacción con el ADN bacteriano, evitando el enrollamiento de la doble hélice en el curso de la replicación bacteriana. También tiene acción sobre la pared bacteriana.

Posología, forma de preparación y administración

Salvo mejor criterio médico, aplicar previo lavado con agua y posterior secado de la lesión, una película de aproximadamente 1,5 a 2 mm. de manera de cubrir toda la superficie de la herida y completar con gasa y vendaje una vez al día. Repetir esta operación todos los días hasta la reepitelización total de la herida o hasta la colocación del injerto.

• **GASAS CON VASELINA NITROFURACINADA**

Indicaciones: Se utiliza para la cobertura de injertos cutáneos y en heridas, quemaduras y si no se cuenta con sulfadiazina de plata.

• **GASAS HÚMEDAS CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA:**

Para quemaduras de rostro y genitales y en pacientes que tuvieron reacciones alérgicas a los tópicos.

• **GASAS VASELINADAS:**

Se utiliza en zonas dadoras.

TÉCNICA DE PREPARACIÓN DE LAS GASAS FURACINADAS O APOSITOS IMPREGNADOS EN

SULFADIAZINA DE PLATA PRE-CURACIÓN

Material necesario

- Cubeta estéril
- Gasas de quemados: cantidad necesaria según superficie a cubrir.
- Gasas medianas: si son pequeñas las superficies a cubrir
- Vendas de quemados

POE QUEMADURAS

- Pomo de vaselina nitrofuracinada o sulfadiazina de plata
- Guantes estériles

Procedimiento

- 1.-Lavarse las manos.
- 2.-Introducir los pomos de vaselina nitrofuracinada que se calculen utilizar, en un recipiente con agua bien caliente para ablandar el producto y facilitar el manejo del mismo o abrir los envases de sulfadiazina de plata.
- 3.-Abrir la tapa estéril del envoltorio sin retirarla totalmente.
- 4.-Abrir los paquetes de gasas a utilizar cuidando la esterilidad en las aperturas y dejarlos caer dentro de la cubeta.
- 5.-Abrir el pomo de vaselina nitrofuracinada o sulfadiazina de plata y suspendido en el aire sin tocar las gasas comprimir el mismo para que caiga el producto sobre las gasas en una proporción aproximada de un pomo por cada paquete a utilizar.
- 6.-Colocarse los guantes estériles con técnica aséptica.
- 7.-Tomar las gasas con el producto y amasarlas de tal manera que la crema se impregne en la trama de las mismas y el calor de la mano produzca la homogeneidad necesaria.
- 8.-Aplicar sobre la superficie quemada y vendar.

CURACIÓN DE MANOS

El efecto del dolor y el edema se combinan para que la mano quemada adopte una posición característica: flexión de la muñeca, aducción de las articulaciones interfalángicas y aducción del pulgar; por ello es de fundamental importancia respetar el vendaje en espiral dedo por dedo separado uno de otro.

Materiales

- 1.- Cubeta del tamaño de la mano
- 2.- Agua de red a temperatura que nos indique el paciente según su escore de dolor
- 3.- Guantes estériles
- 4.- Vendas y gasas de quemados
- 5.- Gasas furacinadas preparadas según protocolo, cortadas en rectángulos de 4 x 10 cm

Procedimiento

- 1.-Lavar las manos del paciente en la balneoterapia general o parcial en la cubeta
- 2.-Desbridar las ampollas o costras con pinzas de disección y tijeras (tratando sólo tejido no viable)

POE QUEMADURAS

3.-Secar con gasas secas estériles

4.-Cubrir con gasas furacinadas, previamente preparadas, desde la parte distal de los dedos hacia la palma de la mano, vendando en forma de espiral y separando dedo por dedo

5.-De igual manera con media venda cubrir en forma de espiral desde la parte distal hacia la palma de la mano, observar que quede la mano en posición funcional y que pueda movilizar los dedos.

CURACIÓN DE OTRAS ÁREAS

• **CARA:** este tipo de lesiones puede producir graves secuelas estéticas, ya que es una zona muy vascularizada y por tal motivo al comienzo de la exposición no es fácil detectar extensión y profundidad. El tratamiento de la quemadura en cara se realizará colocando gasas estériles humedecidas con agua destilada estéril o con máscara de Iruxol dependiendo de la profundidad de la misma.

• **OJOS:** es conveniente hacer lavados suaves con solución fisiológica y prevenir complicaciones con ungüentos oftálmicos con antibióticos. **Interconsultar al oftalmólogo.**

• **CUELLO:** las lesiones de cuello tienen criterio de internación por posibles complicaciones respiratorias y secuelas de retracción. Durante las curaciones el paciente debe permanecer con el cuello en hiperextensión; en decúbito dorsal, con almohadas debajo del tórax posterior y si deambula, con la utilización del collar cervical.

• **GENITALES:** Las quemaduras del pene requieren inmediata colocación de una sonda Foley para mantener la permeabilidad de la uretra. El catéter debe ser asegurado para minimizar los traumas mecánicos en la pared de la uretra. El escroto suele edematizarse mucho y no requiere un tratamiento específico. Las quemaduras vulvares profundas también requieren colocación de sonda Foley. En estos casos la cura será expuesta **colocando sólo gasas húmedas permanentes**

• **OREJAS:** de no tratarse adecuadamente, por la falta de elasticidad de la piel, provocará intenso dolor. Se puede minimizar el dolor lavando con solución fisiológica y gasas furacinadas moldeando la forma del pabellón auricular y manteniéndolo separado del cráneo.

POE QUEMADURAS

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

La determinación del tipo de procedimiento quirúrgico y el momento en que deben realizarse constituyen una decisión fundamental que va a definir en gran medida la evolución del paciente quemado disminuyendo la morbi-mortalidad de los mismos.

Los procedimientos quirúrgicos de urgencia que puede requerir un paciente quemado en la etapa de atención inicial incluyen la escarotomía y la fasciotomía. La realización en el momento adecuado puede salvar el miembro afectado y la vida del paciente.

La escarotomía implica la incisión con bisturí de una escara provocada por quemaduras profundas.

La fasciotomía incluye la incisión de la fascia muscular.

Las quemaduras circunferenciales que afectan a las extremidades y el tronco representan un riesgo de isquemia para los tejidos y de alteración de la mecánica respiratoria, respectivamente. Inicialmente se dificulta el retorno venoso lo cual conlleva a un aumento progresivo de la presión tisular hasta que se limita el aporte sanguíneo arterial y se instaura la isquemia.

Cuando hay sospecha o signos de compromiso vascular se debe realizar la escarotomía, realizando incisiones que comprendan todo el espesor de la escara, hasta alcanzar tejido sano, para aliviar la constricción sobre los tejidos subyacentes. El procedimiento se puede realizar en el Servicio de Emergencia. En muchas oportunidades es necesario incluir la fascia en la incisión para poder liberar los tejidos comprometidos.

En muslos, pierna, brazo y antebrazo las incisiones se realizan en las caras interna y externa. En el dorso de las manos y pies en el espacio intermetacarpiano o intermetatarsiano; en los dedos en caras laterales (algo por encima de la unión de la piel palmar con la dorsal, preferentemente en el borde cubital del 2º, 3º y 4º dedo y en el borde radial del 5º dedo). En el tronco se deben realizar incisiones laterales, y pueden ser necesarias incisiones adicionales longitudinales y transversales (cuadrículado).

La fasciotomía consiste en la apertura de la fascia muscular para descomprimir el compartimento afectado. El procedimiento se realiza en el quirófano. La localización de las incisiones depende del compartimento que se encuentra comprometido

POE QUEMADURAS

MANEJO AMBULATORIO DEL PACIENTE QUEMADO

El manejo ambulatorio del paciente quemado puede requerirse en el contexto de un paciente que no tiene criterios de internación o un paciente que requiere curaciones luego del alta hospitalaria. La indicación de una curación siempre estará prescrita por el médico que realiza la atención inicial del paciente, quien además debe saber discernir si el paciente requiere o no una pronta evaluación por un especialista.

Los pacientes que no presenten criterios de internación podrán realizar sus curaciones en los Centros de Salud correspondientes donde además se programará un control evolutivo con el Especialista.

Pasos a seguir durante la curación:

Higiene de la herida: debe realizarse con agua destilada, por arrastre, para retirar restos de productos colocados. Puede utilizarse gasas para remover, mediante una leve fricción.

Colocación del tópico indicado: se colocan los apósitos sobre las heridas y sobre ellos un vendaje. En caso de aplicar gasa furacinada, la curación se recambia cada 48 hs. Si el tópico indicado es sulfadiacina argéntica o Irixol, deberá recambiarse cada 24 hs.

Analgesia: será indicada según cada caso en particular, teniendo en cuenta los antecedentes patológicos del paciente, edad y porcentaje de superficie quemada.

Vacunación Antitetánica: realizar vacunación según indicación médica.

No deben indicarse corticoides ni antibióticos de manera profiláctica.