

Revisión del tratamiento de las quemaduras

Miguel Aladro Castañeda
Sara Díez González

EIR 1 en Centro de Salud de Contrueces

COMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Aladro Castañeda M, Díez González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. Revista de Seapa 2013; XI: 12-17.

Manuscrito recibido: 7-12-12. Manuscrito aceptado: 20-12-12

RESUMEN

En la actualidad existe gran variabilidad a la hora de tratar y pautar cuidados entre los profesionales sanitarios, debido en parte a la poca evidencia científica que existe en la documentación y bibliografía referente al tratamiento de las quemaduras. Aspectos como la valoración y el diagnóstico parecen estar claros en la actuación urgente de la quemadura, sin embargo en el tratamiento tópico y en situaciones especiales existe una mayor discrepancia sobre cómo realizar una acción adecuada.

Con esta revisión bibliográfica, pretendemos reunir información lo más actualizada posible y aunar criterios con respecto al tratamiento y los cuidados de las quemaduras, buscando dejar lo más claro posible el algoritmo de actuación, como llevar a cabo una buena continuidad de los cuidados, nuevas opciones en el tratamiento tópico de la quemadura, etc.

PALABRAS CLAVE:

Quemaduras, Tratamiento, Atención de enfermería.

Review of the Treatment of Burns

ABSTRACT:

Nowadays there is a great variability among health professionals in relation with treatment and attention of burns. This is due, partly, to the little scientific evidence that exists in the documentation and a bibliography in the treatment of burns. Aspects such as valuation and diagnosis seem to be clear in the urgent treatment of the burn. However in topic treatment and special situations a bigger discrepancy on how to take adequate action can be seen.

With this bibliographic revision, we would like to gather the most accurate information possible and to join criteria according to the treatment and attention of burns, looking for clarity in the acting algorithm like how to perform good care continuity, new options in the topic treatment of the burn, etc.

KEYWORDS:

Burns, Therapeutics, Nursing care.

INTRODUCCIÓN ¹

Las quemaduras son todas aquellas lesiones producidas por un traumatismo físico o químico, que conlleva un daño o destrucción de la piel. Lesiones muy variables en cuanto a gravedad, ya que van desde una leve afectación de la piel a la total destrucción del tejido.

Son lesiones con una elevada incidencia en la población, que vemos con cierta frecuencia en nuestra consulta de atención primaria.

OBJETIVOS

- Repasar los distintos tipos de quemaduras: etiología y valoración.

- Llevar a cabo una atención inicial pertinente ante quemaduras menores.
- Conocer las últimas recomendaciones sobre su tratamiento.

DESARROLLO ETIOLOGÍA^{1,2,3}

Por su agente etiológico, las quemaduras se clasifican en térmicas (producidas por calor o frío), eléctricas, por radiación, por rozamiento y químicas.

Térmicas:

- *Escaldaduras*: Producidas normalmente por agua o aceite.
- *Llamas*: Producidas por fuego.

- *Sólido caliente*: Producidas por contacto con superficies calientes (planchas, hornos, estufa, tubo de escape).
- *Fogonazos o flash*: Producidas por el calor producido en un cortocircuito.
- *Frío*: Por Producidas por hipotermia (eritema pernio, pie de trinchera o pie de inmersión) o congelación (temperatura inferior a 0° C).

Eléctricas:

Producidas por el paso de la corriente eléctrica a través del organismo.

Por radiación:

Producidas por exposición a otras energías (Rayos UVA/UVB o Radioterapia)



Por rozamiento:

Por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras.

Químicas:

Producidas en la piel y/o tejidos por un agente químico (ácidos, álcalis o sustancias orgánicas).

CLASIFICACIÓN 1,2,3,4,5

Según la profundidad

Quemaduras epidérmicas o superficiales de primer grado

Son aquellas que afectan a la epidermis, provocando un eritema superficial de la piel típico de las quemaduras solares y escaldaduras. Se caracterizan por ser dolorosas, conservar la integridad de la piel, no dejar secuelas y una curación espontánea en cinco días.

Quemaduras dérmicas superficiales o segundo grado superficial

Afectan a la epidermis y al tercio superior de la dermis. Son dolorosas y exudativas, por lo que presentan flictenas y ampollas intactas sobre un fondo rosado y húmedo. El folículo piloso estará conservado. Adecuadamente tratadas curan en 15-20 días.

Quemaduras dérmicas profundas o segundo grado profundo

Afectan a zonas más profundas del espesor de la dermis, llegando a la dermis reticular. Las terminaciones nerviosas locales estarán más dañadas por lo que tienden a ser menos dolorosas.

Presentan flictenas y ampollas rotas, y su fondo pasará de rojo brillante a pálido y moteado a medida que se profundiza. El folículo piloso va a estar dañado, por lo que para valorar el grado de profundidad de una quemadura dérmica se suele utilizar el signo del pelo; cuando se afecta a las zonas más bajas de la dermis, al tirar del pelo este se desprenderá con facilidad.

Hay posibilidad de cicatrices hipertróficas, por lo que si en 21 días no epiteliza se derivará a Cirugía Plástica.

Quemaduras subdérmicas o hipodérmicas o de espesor total o de tercer grado

Son aquellas que afectan a todo el espesor de la piel, formando una escara blanquecina, amarilla o marrón dura y seca. La piel pierde toda su elasticidad y no son dolorosas, debido a la afectación de las terminaciones nerviosas, salvo por otras lesiones más superficiales de la zona; además los vasos estarán trombosados. Como resultado quedarán secuelas importantes que pueden requerir amputación.

La valoración de las quemaduras de tercer grado en ancianos y en niños difiere de la de los adultos.

Según la extensión

Se clasifican en leves, moderadas, graves y críticas. Para calcular la extensión de las quemaduras, los métodos más utilizados son:

Regla de los 9 de Wallace

Se usa para calcular grandes superficies de forma rápida en adultos. Consiste en asignar múltiplos de 9 a diferentes zonas corporales. No se contabilizan las quemaduras de primer grado. Corresponderían los siguientes porcentajes (figura 1: Regla de los 9 de Wallace). En niños se aplican tablas más elaboradas como la de Lund Browder.

Regla de la palma de la mano

Se utiliza para evaluar rápidamente las quemaduras poco extensas. La palma de la mano de la persona afectada equivaldrá al 1% de su superficie corporal. Se puede utilizar a cualquier edad y basta con superponer la mano del afectado sobre la lesión para calcular un tamaño aproximado.

VALORACIÓN 1,2,3,4

Para realizar la valoración de la quemadura es necesario:

Determinar la extensión (% de superficie corporal quemada).

Como se acaba ver en la clasificación según la extensión.

Determinar el grado de profundidad

Utilizaremos la clasificación descrita anteriormente de las quemaduras.

Localización

Las quemaduras conllevan mayor gravedad en zonas de riesgo, como son: cara, cuello, manos, pies, genitales, zona perianal, y todas las zonas de flexión; zonas que implican un mayor riesgo de secuelas estéticas y funcionales.

Una vez tenidos en cuenta estos parámetros, obtendríamos la siguiente clasificación:

Leves:

10-15% dérmicas superficiales, 5-10% dérmicas profundas, <3% subdérmicas.

Moderadas:

15-25% dérmicas superficiales, 10-20% dérmicas profundas, 3-10% subdérmicas.

Graves:

• 25-50% dérmicas superficiales, 20-35% dérmicas profundas, 10-25% subdérmicas.

- Quemaduras de segundo y tercer grado que involucran ojos, oídos, orejas, cara, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales.
- Todas las lesiones inhalatorias con o sin quemaduras.
- Quemaduras eléctricas.
- Quemaduras químicas en áreas como la cara, párpados, orejas, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales.
- Quemaduras asociadas a traumatismos.
- Quemaduras en personas de alto riesgo: diabetes, desnutrición, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, alteraciones sanguíneas, SIDA u otras enfermedades inmunodepresoras, cáncer.
- Quemaduras en personas afectadas de enfermedad mental.
- Quemaduras en mujeres embarazadas.

Críticas:

>50% dérmicas superficiales, >35% dérmicas profundas, > 25% subdérmicas.

QUEMADURAS ESPECIALES 1,5

Quemaduras eléctricas

Son por sus especiales características las más graves y la causa más frecuente de amputaciones en unidades de quemados. El traumatismo eléctrico se produce por el paso de corriente a través del organismo. La intensidad de la quemadura eléctrica esta determinada por el voltaje, la corriente (amperaje), tipo de corriente (alterna o continua), el recorrido del flujo de corriente, la duración del contacto, la resistencia en el punto de contacto y la susceptibilidad individual.

Este traumatismo puede ser directo (alto y bajo voltaje), si hay paso de corriente por el organismo; o indirecto (fogonazo o flash y por rayo), producidas por la salida y reentrada de la corriente de una parte a otra del cuerpo.

Las manifestaciones clínicas de una lesión eléctrica incluyen síntomas renales, óseos, musculares, cardíacos, neurológicos y oculares.

Quemaduras químicas

Es una lesión compleja de manejar, producida en la piel y/o tejidos por un agente químico (ácidos, álcalis o sustancias orgánicas).

La intensidad de una quemadura química depende de la concentración del agente químico, la cantidad de producto que provoca la quemadura, el tiempo de exposición o contacto con la piel (progresión), la penetración tisular y la toxicidad del agente químico.

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS MENORES^{1,5,6,7}

Es importante conocer las quemaduras que deben ser tratadas en Atención Primaria:

- Quemaduras de 1.^{er} grado.
- Quemaduras de 2.^o grado con < 10% de extensión.
- Quemaduras de 3.^o grado con < 2% de superficie corporal.

Además de lo anterior, también hay que individualizar los siguientes casos, debido a que pueden tener un desarrollo clínico complejo:

- Patología crónica concomitante.
- Niños menores de 5 años.
- Adultos mayores de 60 años.
- Quemaduras asociadas a otras lesiones como fracturas, heridas en la cabeza o heridas penetrantes.

CUIDADOS INICIALES:

- Retirar la ropa, anillos y joyas si precisa. No se recomienda retirar la ropa si está muy pegada a la piel o bien si la quemadura es muy extensa.
- Lavar con suero fisiológico o con agua de grifo (si es potable), dependiendo si la atención se practica en un centro sanitario o fuera de él, durante un mínimo de 20 minutos, a temperatura tibia (el agua fría provocaría vasoconstricción, acelerando la progresión de la quemadura local y aumentando el dolor; y puede empeorar la extensión y la profundidad de la lesión, aumentando el riesgo de hipotermia, sobre todo si la superficie afectada es superior al 10%). El agua elimina agentes nocivos, disminuye el dolor y disminuye el edema (estabilización de mastocitos y disminución de la liberación de histamina).
- Limpiar la quemadura con agua y jabón. Los antisépticos pueden retrasar la curación. Si la herida está muy sucia, se puede utilizar clorhexidina (hay estudios que avalan su uso en las primeras fases de tratamiento como coadyuvante en la descontaminación y en la eliminación de tejido desvitalizado). Se ha visto que la clorhexidina es el antiséptico de elección en los pacientes quemados debido a que es activo frente a Gram + y Gram -, tiene baja absorción sistémica y escaso poder sensibilizante. Es necesario un lavado posterior para eliminar los restos y así evitar efectos secundarios como el dolor y prurito.
- Secar la zona de manera minuciosa, sin frotar.
- Es conveniente retirar el vello de la zona afectada para facilitar las curas y favorecer la correcta evolución de la herida. La mejor opción es cortar el vello, no rasurar.

- Tratamiento de las flictenas.
- Plantear la necesidad de un antibiótico tópico. Si fuese necesario, las primeras opciones son sulfadiazina argéntica o bacitracina. Se recomienda su uso cuando: existan signos locales de infección, la quemadura esté localizada en zonas altamente colonizadas y según su etiología. Hay que tener en cuenta que si la evolución de la infección local no es adecuada, habría que valorar el uso de antibióticos por vía oral.
- Plantear la necesidad de apósito.
- Vacunación antitetánica: se considera herida tetanígena una quemadura con un importante grado de tejido desvitalizado. En este caso habría que poner 1 dosis si el calendario vacunal estuviese incompleto. No sería necesario si tiene 3 ó 4 dosis y hace menos de 5 años la última, o si tiene 5 o más dosis y hace menos de 10 años que se puso la última dosis⁸.
- Analgesia si precisa. Se pueden utilizar los analgésicos habituales, como paracetamol, AINES y metamizol.
- Curas posteriores y seguimiento del paciente.

TRATAMIENTO TÓPICO: 1, 5, 9, 10, 11, 12, 13

El principal objetivo es limitar el crecimiento de microorganismos, evitando posibles infecciones y favoreciendo la epitelización.

Vamos a tratar el uso de pomadas antimicrobianas o apósitos de cura húmeda con cobertura de amplio espectro antibacteriano para prevenir infecciones (apósitos de plata). El uso de uno u otro va a depender de distintos aspectos:

- Características de cada quemadura en cuanto a extensión, profundidad, localización y mecanismo de producción.
- Riesgo de infección.
- Proceso evolutivo de la quemadura.
- Adaptabilidad a la zona quemada.
- Necesidad de higiene y curas frecuentes.
- Disponibilidad de material.

Según la evidencia científica se puede afirmar que no existe ningún producto que sea el mejor para todo tipo de quemaduras, ni para todas las fases de la misma quemadura.

Apósitos:

El tipo de apósito debe establecerse de manera individualizada, según las características y la valoración de cada lesión: profundidad, extensión, localización, riesgo de infección, fase evolutiva, cantidad de exudado, sensibilidad, dolor y signos de infección, pauta de curas posible, características del paciente...

Los apósitos disminuyen el dolor, actúan de barrera contra las infecciones, absorben el exudado y promueven la cicatrización.

El apósito ideal debe mantener un grado relativo de humedad en el lecho de la quemadura, debe ser capaz de absorber el exceso de exudado pero sin resecar y su retirada no debe ser traumática.

En los casos de quemaduras de 2.^o grado superficial sin riesgo de infección se podría prescindir de agentes tópicos antimicrobianos, ya que no hay ningún estudio que demuestre mayor eficacia de estos productos frente a otros. En cambio, sí que hay estudios recientes que demuestran una mejor evolución, un menor coste y una menor incidencia de infección con una cobertura a base de apósitos capaces de propiciar una cura en ambiente húmedo al lecho de la herida.

Apósitos de plata:

La plata es un antimicrobiano tópico de amplio espectro, con pocas resistencias bacterianas. Los iones de plata se unen al ADN de las bacterias y esporas bacterianas y así disminuye su capacidad para reproducirse. También se ha descrito que la plata es efectiva contra el mal olor.

No existe evidencia sobre qué apósito de plata es mejor, por lo que se elegirán en función de las características de la herida.

El objetivo del tratamiento es reducir la carga microbiana de la herida, tratar la infección local y prevenir la diseminación sistémica: su finalidad principal no es obtener directamente la cicatrización de la herida. Se recomiendan en heridas con una infección ya establecida o cuando haya una carga microbiana excesiva, y usarlos durante períodos cortos antes de una nueva evaluación. En los niños se deberían usar con precaución y no más de 2 semanas sin que haya buenos motivos clínicos.

Son especialmente adecuados en heridas con inflamación debido a los efectos antiinflamatorios observados en estudios experimentales.

Se recomienda usar los apósitos durante 2 semanas y luego hacer una nueva evaluación de la herida. Tras este tiempo nos podemos encontrar con:

- Mejoría de la herida pero persistiendo los signos de infección: mantener el apósito con revisiones periódicas.
- Mejoría de la herida y desaparición de los signos de infección: retirar el apósito.
- No mejoría: retirar el apósito y valorar el cambio a otro.

Una vez controlada la carga microbiana y con la mejora de la herida, se puede valorar pasar a un apósito no antimicrobiano.

No están indicados los apósitos de plata:

- Si no hay signos de infección localizada, diseminada o sistémica.

- En pacientes sensibles a la plata.
- Durante el embarazo o lactancia.

Diversos estudios han confirmado que los apósitos de plata se asocian a factores beneficiosos en lo que respecta al coste-efectividad:

- Reducción del tiempo que pasa hasta la cicatrización de la herida.
- Disminución de la frecuencia de cambios de apósito.
- Menor necesidad de analgésicos durante el cambio de apósito.

Sulfadiazina argéntica

Es el antibiótico tópico de primera elección. Tiene efectos antimicrobianos contra muchos patógenos, como la *Pseudomona aeruginosa* (patógeno más frecuente de las quemaduras) y *Staphylococcus aureus*. Se caracteriza por su amplio espectro frente a Gram +, Gram – y candidas.

Es liposoluble, lo que implica una aplicación y retirada fácil. Posee gran capacidad exfoliante y limpiadora. Son necesarias curas cada 12-24 horas (lo ideal es cada 12 horas, ya que una pauta más espaciada no garantiza su efectividad). No tiene poder de penetración en las escaras. No está indicada en mujeres embarazadas y niños.

Hay que aplicarla tras la limpieza y desbridamiento de la herida formando una fina capa de 1 mm y en condiciones estériles.

En las primeras curas (fase aguda) se debe colocar encima suficiente material absorbente (gasas o apósitos absorbentes) para retener el exudado. En esta fase (2-3 días) el paciente deberá tener la zona en reposo y elevado respecto al plano del corazón. Posteriormente, habrá que ir adaptando la cura según la evolución: cantidad de exudado, comodidad para el paciente, signos de colonización o infección...

Tiene efectos secundarios importantes, como la sensibilización a sus excipientes y la leucopenia transitoria si se utiliza en superficies extensas. También se puede mencionar su fotosensibilidad a la luz natural adquiriendo una tonalidad gris o negra, por eso se debe evitar aplicar en cuello, cara, cabeza u otras zonas expuestas al sol.

Se puede aplicar con Cerio (Flammazine Cerio®) para un mejor espectro bacteriano y buena capacidad de penetración. El nitrato de cerio además de la cobertura frente a Gram +, Gram – y hongos, potencia la acción microbiana de la sulfadiazina argéntica y añade poder de penetración en la escara evitando el crecimiento bacteriano dentro de la misma.

Hay algunas pruebas provenientes de ensayos pequeños que dicen que la sulfadiazina de plata no reduce la infección de la herida

da y desacelera la cicatrización de la herida en los pacientes con quemaduras de profundidad parcial.

Apósitos de plata versus sulfadiazina argéntica (tabla 1):

Actualmente no hay evidencias suficientes que demuestren que los apósitos de plata son superiores en tasas de curación a la sulfadiazina argéntica¹.

Los apósitos de plata ofrecen opciones nuevas en el tratamiento del paciente quemado, como la disminución de los niveles de dolor, reducción en el número de curas y su manipulación, reduciendo los costes, pero no pueden sustituir completamente a productos como la sulfadiazina argéntica que ha demostrado eficacia en el control de la colonización y la infección bacteriana existente en la quemadura.

OTROS TRATAMIENTOS TÓPICOS:

Nitrofurazona

Es la más utilizada en nuestro medio aunque no aparece en las guías internacionales de tratamiento. Su indicación en quemaduras está cada vez más restringida, porque sólo es activo frente a gérmenes Gram + (*Stafilococo aureus*) y no frente a Gram – (*Pseudomona aeruginosa*). Además presenta una elevada tasa de reacción alérgica por lo que su uso no se aconseja de forma generalizada para este tipo de lesiones.

Es hidrosoluble (provoca sangrado frecuente que podría retrasar la curación).

Aplicación desagradable (puede provocar sensación de irritación al paciente).

No se puede aplicar en: niños, embarazo ni lactancia.

Bacitracina

Es la alternativa a la sulfadiazina argéntica. No existen estudios comparativos.

Se puede aplicar si no disponemos de sulfadiazina, cuando la quemadura esté localizada en zonas expuestas al sol y también en pacientes con hipersensibilidad a las sulfamidas.

Sólo es efectiva frente a Gram +, por lo que se suele comercializar en combinación con neomicina y polimixina B, efectivas frente a Gram –.

No se recomienda su uso durante el embarazo ni la lactancia. Tampoco se recomienda en recién nacidos ni si la superficie quemada es extensa (por elevado riesgo de absorción sistémica).

Apósito de tul vaselinizado no adherente y gasa o compresa:

Ante una quemadura menor se podría recomendar su uso, pero habría que valorar la necesidad de utilización de apósitos.

Evita la adherencia al lecho lesional respetando las zonas colindantes ya epitelizadas, recomendado en quemaduras superficiales en fase de granulación. Se aconseja su utilización una vez eliminadas las flictenas y el tejido desvitalizado; si se prevén cambios frecuentes o en el caso de los niños.

La cura se realizará cada 24-48 horas si se mantiene limpio el apósito.

El empleo de éstos se ve dificultado por la adaptabilidad a determinadas zonas (cara, manos, pies) y a localizaciones de gran movilidad.

En quemaduras en fase de epitelización y con escaso nivel de exudado, se puede utilizar apósitos extrafino hidrocoloides o hidrocelulares.

Water gel:

Es la mejor opción en las quemaduras de origen térmico. Lo prioritario es contrarrestar los efectos nocivos del agente causal para detener su acción (alta temperatura, sustancia química...), por lo que se debe proceder al enfriamiento o refrigeración de la quemadura. Si no se dispone de ellos, se puede enfriar la quemadura con agua potable o suero salino (como se indicaba anteriormente). Con ello se pretende: eliminar o contrarrestar la energía destructiva, inhibir la liberación de sustancias inflamatorias (histamina...) y sobre todo, calmar el dolor.

El líquido para enfriar debe estar a una temperatura de entre 18-20° C (temperatura ambiente). No se debe utilizar agua fría de nevera porque se podría provocar una vasoconstricción y con ello una profundización de la quemadura.

SUJECCIÓN DE LOS APÓSITOS

Se sabe que cualquier presión ejercida sobre la quemadura limita o impide una buena perfusión tisular.

Durante la fase aguda se deben sujetar los apósitos con material que permita la expansión de los tejidos blandos afectados por la formación del edema (sobre todo en extremidades).

En fases posteriores, los apósitos deben permitir la movilización de los dedos y articulaciones. La mejor forma de sujeción es una malla tubular elástica de calibre adecuado a la zona corporal. En caso de su ausencia, se podrían emplear vendas elásticas aplicadas sin presión. Las vendas de gasa de algodón aunque se apliquen sin presionar, pueden comprimir demasiado o perder consistencia y caerse con facilidad o incluso dificultar la movilización.

Los requisitos que deben cumplir son: favorecer la movilidad, confortabilidad, facilitar la expansión del edema, adaptabilidad y facilidad de colocación y retirada.

Hay que aplicar el vendaje de forma adecuada en los dedos y articulaciones afectadas. Para ello, se realizará individualmente, interponiendo una gasa en la zona interdigital para evitar poner en contacto dos superficies quemadas, favoreciendo la funcionalidad y evitando secuelas posteriores.

TRATAMIENTO DE LAS FLICTENAS: 1, 5, 7, 11, 14, 15

En este apartado existen diferentes puntos de vista: el desbridamiento o la conservación.

Desbridamiento:

Por un lado está la recomendación de desbridar las ampollas asociadas a quemaduras de 2.º grado superficial, con el objetivo de disminuir las infecciones y complicaciones en la herida, aliviar el dolor y acelerar el proceso de curación, ya que estas ampollas presentan una mayor probabilidad de riesgo de ruptura. Los que apoyan este punto de vista lo ven como una acción curativa, ya que el líquido puede impedir la curación de la herida debido a que tiene varios efectos potencialmente perjudiciales; por comodidad para la persona, facilidad para las curas y eficacia económica.

Se ha demostrado que las flictenas pueden contaminarse a partir de la propia flora bacteriana que se encuentra por debajo de las flictenas. Además, la piel que las recubre tampoco ofrece una garantía total frente a la posibilidad de contaminación cruzada.

Si presenta un diámetro menor a 6 mm deberían mantenerse íntegras, excepto si interfieren con el movimiento y son molestas para la persona, ya que el riesgo de ruptura es poco probable.

Se debe tener en cuenta por otra parte, que las flictenas no son patognomónicas de quemaduras de 2.º grado superficial, y que debajo puede aparecer una quemadura de 2.º grado profunda o incluso de 3.º grado. Para conocer la profundidad de la quemadura lo que habría que hacer es desbridar la flictena.

Es importante recordar que si se decide desbridar la ampolla, se debería realizar con medidas asépticas.

También se ha visto que el manejo de las ampollas debe incluir desbridamiento seguido de oclusión húmeda con apósitos, pues han demostrado reducir el coste total de los cuidados debido a la correcta curación, disminución en la frecuencia de las curas y a la disminución del dolor del paciente. En el caso de no disponer de ellos, se ha visto como tratamiento apropiado el uso de cremas antibióticas y oclusión con gasa vaselinizada que no provoque daño mecánico en la herida.

Conservación de las flictenas:

Por otro lado, hay autores que defienden dejarlas intactas para evitar el riesgo de infección, a excepción de que la presión de la ampolla limite el movimiento de la persona o tengan un aspecto frágil. Esta teoría mantiene que la piel que recubre las flictenas es la mejor protección contra la contaminación, posibilita que el contenido se reabsorba y evita causar dolor al paciente.

En este caso la aspiración del líquido parece ser mejor que el desbridamiento, con respecto al dolor y la contaminación, sobre todo por *Staphylococcus aureus*. Con ello se evita que el fluido de la ampolla perjudique la cicatrización de la herida (se ha demostrado que contienen mediadores inflamatorios que pueden profundizar las quemaduras superficiales), después se debe dejar el epitelio a modo de apósito biológico.

Tras la revisión bibliográfica, se puede afirmar que existe aún mucha controversia al respecto, pero parece ser que la mayoría de autores defienden su desbridamiento, aunque se insiste en seguir investigando sobre el tema.

CONCLUSIONES:

Unos cuidados básicos iniciales son cruciales para el proceso de curación. Es importante educar a los pacientes para que tomen medidas correctas y sencillas, así como desmitificar remedios caseros contraproducentes.

Es muy importante una buena colaboración interprofesional para que exista una continuidad de cuidados tanto en el caso de derivar al hospital como si se trata de los cuidados de AP tras el alta hospitalaria.

Como hemos reflejado en esta revisión, sigue existiendo aún mucha controversia en el tratamiento de las quemaduras, pero hemos intentado dejar claros algunos aspectos donde podemos ver que sí es mejor utilizar ciertos procedimientos. Es importante insistir en que las enfermeras deben seguir investigando y aplicar los resultados de la investigación a la práctica enfermera.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011.
2. Bigotes García C., Solares García G. Grupo de trabajo en Medicina de Urgencia. Manual de Urgencias de Enfermería. Madrid: Arán, 1998. 283-9.
3. López del Corral JC. Heridas y quemaduras. Madrid: Lab. Knoll, 1993.
4. E de los Santos C, Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. San-

to Domingo (República Dominicana). Ed. Alfa y Omega. 1999 [acceso 3 de octubre de 2012]. Disponible en <http://www.quemados.com>

5. Rodríguez L, Camacho P. Enfermería ante las quemaduras. Boletín de Enfermería de Atención Primaria. 2010; V (4). ISSN 1989-6573.

6. García E, Torres M, Torres J, Muñoz J, Clemente M J, González J M.^a. Manejo urgente de las quemaduras en Atención Primaria. *Semergen* 25 (2): 132-140.

7. González D, Soldevila A. Tratamiento de las quemaduras en la atención ambulatoria. *Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya*. 2010.

8. Huerta González I. Calendario de vacunaciones del adulto Asturias 2010. Dirección General de Salud Pública y Participación [acceso el 29 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=7ec0c4a5954d8210VgnVCM10000097030a0aRCRD>

9. Marja N Storm-Versloot, Cornelis G Vos, Dirk T Ubbink, Hester Vermeulen. Plata tóptica para la prevención de la infección de heridas (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. D (acceso el 27 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 3 Art no. CD006478. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

10. Consenso Internacional. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012.

11. Programa de actualización en Medicina de Familia y Comunitaria. Protocolo de tratamiento de las quemaduras en Atención Primaria. Protocolos 3/2010. [acceso el 27 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/fmc/evaluacion>.

12. Salvador Sanz JF, Novo Torres A, Lorde Barraguer E, Castillo F, Torra i Bou JE, Torregrosa Ramos MJ. Estudio comparativo de efectividad de un apósito de plata nanocrystalina frente a sulfadiazina argéntica en el tratamiento de pacientes quemados. *Cir. Plast. Iberolatinoam* [revista en internet]. 2011 [acceso 27 de septiembre de 2012]; 37 (3): 253-266. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922011000300007&script=sci_arttext

13. Wasiak Jason, Cleland Heather, Campbell Fiona. Apósitos para las quemaduras superficiales y de espesor parcial (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Up-

date Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

14. Esteban S. Tratamiento de las ampollas en las quemaduras de segundo grado superficial. Revisión bibliográfica desde dife-

rentes puntos de vista. Enfermería Clínica [revista en internet]. 2010 [acceso 27 de septiembre de 2012]; 20(1): 66-67. Disponible en: www.elsevier.es/enfermeriaclinica.

15. Cartas al director. Respuesta a «Tratamiento de las ampollas en las quema-

duras de segundo grado superficial. Revisión bibliográfica desde diferentes puntos de vista», de Esteban S. Enfermería Clínica [revista en internet]. 2011 [acceso 27 de septiembre de 2012]; 21(2): 122-124. Disponible en: www.elsevier.es/enfermeriaclinica.

Anexo

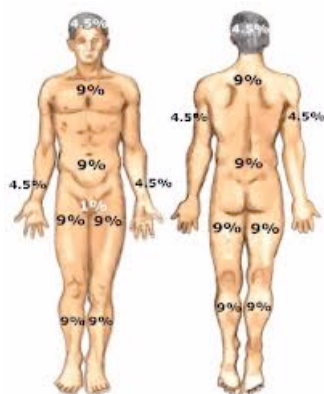


Figura 1: Regla de los 9 de Wallace

APÓSITOS DE PLATA	SULFADIAZINA ARGÉNTICA
Actúa a nivel de contaminantes de superficie en el lecho de la lesión.	Gran poder de penetración en el lecho de la lesión.
No evidencias in vivo de cantidad de plata que aportamos a la lesión.	No evidencias que cantidad de plata aportamos a la lesión.
Niveles bajos de plata en la herida.	Niveles altos de plata en la herida.
Dificultad para adaptarse a diferentes zonas (cara, manos, pies, región perianal).	Gran adaptabilidad a cualquier superficie.
Deficiente adaptabilidad en el empleo sobre lesiones extensas.	Facilidad en su aplicación sobre superficies extensas. No utilización en lesiones de gran superficie en recién nacidos y prematuros.
Disminución del dolor y del número de curas realizadas.	Necesidad de curas diarias (lo ideal es cada 12 horas para mantener el efecto residual en la herida ¹¹)
Escasos efectos secundarios relacionados con el grado de sensibilización del paciente a alguno de sus componentes.	Entre los efectos secundarios: sensibilización a excipientes, leucopenia transitoria cuando se utiliza en superficies extensas. Como características en su aplicación: fotosensibilidad a la luz natural (tonalidad gris o negra) y aspecto "pseudopurulento" al levantar la gasa.

Tabla 1: Apósitos de plata versus sulfadiazina argéntica.