

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UN GRAN QUEMADO. TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES.

Autores: Elizabeth Cano Granado, Patricia López García.

Palabras clave: Enfermería, gran quemado, tratamiento y complicaciones.

INTRODUCCION

La piel, es el mayor órgano del cuerpo humano y cumple funciones de vital importancia para el funcionamiento de éste.

Es un pieza fundamental en nuestra relación con lo que nos rodea.

Por lo tanto no es raro pensar que una enfermedad que afecte a la misma repercutirá de manera grave en la vida de aquel que la padece.

Las quemaduras son un problema a nivel mundial por su mortalidad, y morbilidad.

En la mayoría de los protocolos sobre quemaduras consideran a un paciente como gran quemado al que sufre un 10% de piel afectada por quemaduras profundas o un 20% de superficiales, pero en zonas muy comprometidas, como por ejemplo, en la cara.

Cuando la extensión de la quemadura rebasa ciertos límites deja de ser un trastorno local para convertirse en la "enfermedad por quemadura" que requiere de un tratamiento intensivo.

OBJETIVOS

Conocer la actuación adecuada ante un gran quemado y su tratamiento, para evitar complicaciones futuras.

MATERIAL Y METODO

Búsqueda bibliográfica en Google académico y Scielo sobre actuación de enfermería ante un gran quemado, además de las complicaciones y el tratamiento adecuado.

Se utilizaron artículos que estuvieran y que hubiesen sido publicados hace 10 años o menos, utilizando las palabras claves gran quemado, enfermería, tratamiento y complicaciones.

RESULTADOS

Las causas de las quemaduras puede ser distintas, como la energía térmica, eléctrica, sustancias químicas y radiación.

El primer objetivo es separar la víctima del agente causante de la quemadura, para lo cual se han de tener en cuenta la naturaleza del agente que ha causado la lesión. En casos de sustancias químicas, es prioritaria la irrigación con abundante agua y la retirada de la ropa. Si el origen es eléctrico debemos identificar y desconectar la corriente y retirar a la víctima de la red empleando material no conductor. En la quemadura por llama hay que extinguir la misma, haciendo rodar por el suelo a la víctima, aplicando mantas u otras prendas para apagar la llama.

Después hay que realizar una valoración inicial del paciente, entre las prioridades están el establecer si las vías aéreas son permeables y funcionantes, estabilizar la columna cervical en caso de algún trauma, controlar cualquier hemorragia y canaliza una vía venosa.

Después realizaremos una valoración secundaria que tiene como objetivo evaluar el estado de los diferentes órganos y sistemas.

Este es el momento en que se establece la magnitud de la quemadura, la extensión y la profundidad de las misma.

Para la extensión de la quemadura usaremos la regla de los 9 como indica en la siguiente tabla:

Valoración de superficie corporal quemada. Regla de los 9*

Área corporal	porcentaje
Cabeza	9%
Abdomen, tronco	18%
Espalda, glúteos	18%
Miembro superior	Anterior,4.5%, posterior 4.5%
Miembro inferior	Anterior 9%, posterior 9%
Periné	1%
Palma de la mano	1%

La extensión de la quemadura es de vital importancia y va a determinar la importancia del traslado del paciente de forma urgente a un centro hospitalario.

Después se tendría que hacer una valoración de la profundidad de ésta, en la que podemos diferenciar entre quemadura de primer grado, segundo y tercero.

-Quemadura de primer grado: Afecta sólo a la epidermis, la piel tiene un color rojo o rosado brillante, de aspecto seco . Al aplicar presión sobre una zona aparece una coloración blanquecina que desaparece con rapidez al descomprimir. Es una lesión dolorosa, es importante el tratamiento con analgésicos.

-Quemadura de segundo grado: Que se divide a su vez en superficial o profunda, la primera aparecen ampollas y es necesario analgesia y la segunda no aparecen ampollas y es menos dolorosa, el aspecto es rojo plateado.

-Quemaduras de tercer grado: Afecta a todo el espesor de la piel con aspecto acartonado.

El tratamiento adecuado es de vital importancia para evitar complicaciones futuras. A continuación se detallan complicaciones y tratamiento o pautas a seguir:

- **Shock hipovolémico**, debido a la pérdida de líquido por la superficie de la quemadura la fórmula que más se emplea en la práctica clínica diaria para la reposición de líquidos es la de Parkland. Ésta se inicia tan pronto como sea posible. La fórmula de Parkland establece que el volumen a infundir de Ringer-Lactato es de 4 ml/Kg/SCQ (superficie corporal quemada) para las primeras 24 horas. El segundo día la permeabilidad vascular se normaliza y se administra como fluidoterapia Dextrosa 5% 2ml/Kg/SCQ + Albumina 0,3-0,5 ml/Kg/SCQ. A partir del tercer día hay una reabsorción de los edemas y aparece la fase diurética, siendo necesario monitorizar los niveles de potasio. La fluidoterapia se lleva a cabo con suero fisiológico y dextrosa al 5%.
- **Alteraciones miocárdicas** por las toxinas generadas, y edema de las fibras miocárdicas.
- **Alteraciones respiratorias** por la inhalación de calor por vía aérea, y a los tóxicos de la combustión. Durante las primeras 48-72 h aparece edema pulmonar intenso con áreas de enfisema y neumonía reticulohiperplástica. Clínicamente estos pacientes presentan un cuadro de insuficiencia respiratoria progresiva.
- **Alteraciones renales** por la hipovolemia sufrida, si la fluidoterapia es adecuada hay respuesta diurética. Durante las primeras 24 horas si la diuresis es inferior a 0,5 ml/Kg/hora es reflejo de una hipoperfusión renal. Ante esta situación es necesario aumentar el ritmo de administración de fluidos. Si la diuresis es mayor a 1 ml/Kg/hora, indica una reposición excesiva de fluidos, que puede aumentar de manera innecesaria la formación de edema. En los casos más graves aparece necrosis cortical bilateral, nefritis intersticial, abscesos múltiples e infartos difusos.
- La **infección** del quemado tiene que enfocarse como generalizada y tratarse local y generalmente. Puede desencadenar en: *Bacteriemia*, *Endotoxemia*, *Sepsis*, *Síndrome séptico*, *Shock séptico*.
En el tratamiento debemos de tener en cuenta la atención integral del paciente, eliminando de forma temprana los tejidos necróticos, uso de poliquimioterapia antimicrobiana local y sistémica y la hospitalización en condiciones de aislamiento.

En el tratamiento local de la quemadura/herida producida sería el siguiente:

El tratamiento local debe realizarse en condiciones de asepsia y analgesia adecuada. En la primera cura se realiza un meticuloso aseo cutáneo y de las regiones quemadas, eliminando flictenas, cuerpos extraños y tejido esfacelad.

La utilización de agentes antimicrobianos tópicos han permitido disminuir la incidencia de infecciones, siendo la sulfadiazina de plata el más ampliamente utilizado en la actualidad. Cada agente tópico tiene ventajas y desventajas, que deben evaluarse al momento de su elección. La escarotomía está indicada en quemaduras profundas circunferenciales en extremidades, tórax y cuello, restableciendo la perfusión distal y mejorando la ventilación respectivamente.

Se debe de tener en cuenta que es peligroso realizar escarectomias mayores al 20 o 30 % en una sola sesión. La superficie expuesta debe de cubrirse para evitar infección y después se realizará valoración para realizar cobertura cutánea definitiva con autoinjertos, láminas de queratinocitos autólogos cultivados o piel artificial.

A la espera de conseguir las condiciones ideales para realizar una cobertura definitiva en las mejores condiciones se puede optar por una cobertura transitoria sobre todo en pacientes con quemaduras muy extensas, en este caso los donantes vivos o de cadáver son ideales.

CONCLUSIÓN

Gracias a los avances de hoy día en técnicas quirúrgicas, control de infecciones y soporte nutricional, han permitido mejorar la supervivencia de este tipo de pacientes, de ahí la gran importancia que tiene la asistencia inicial que se les da a estos pacientes y cómo ésta atención primaria influye de forma significativa en el pronóstico y resultado final de su evolución, sin olvidar la importancia del tratamiento.

Tampoco se ha de olvidar la necesidad de crear estrategias para los profesionales de Enfermería, y también, a todos los profesionales sanitarios, especialmente en las Unidades de Grandes Quemados, en las que una intervención psicológica a tiempo puede resultar una buena prevención de problemas más graves, en un futuro cercano. Para que sepan cómo enfrentarse al manejo de un paciente con un posible desequilibrio en su estado psicológico.

BIBLIOGRAFIA

1.-Claudia R. Albornoz, Jorge Villegas, Verónica Peña, Sandra Whittle; Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago; Rev. méd.

Chile vol.141 no.2 Santiago feb. 2013;pag. 181-186. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200006

2.- F.J. García Amiguetei, F. Herrera Morillas, J.L. García Moreno, R. Velázquez Guisado, S. Picó Tato; Manejo y reanimación del paciente quemado; Vol. 1 Núm.4 2000.pag. 217-224. Disponible en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manejo%20y%20reanimacion%20del%20paciente%20quemado.pdf>

3.- Dr. Félix Broche Valle, Dra. Ela M. Céspedes Miranda, Dr. Alberto Saldaña Bernabeu y Dr. Arturo L. Cruz Pérez; Rev Cubana Invest Bioméd v.18 n.2 Ciudad de la Habana may.-ago. 1999; Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03001999000200002

4.- Dr. Ramón L Zapata Sirvent; Diagnóstico y tratamiento inicial del paciente quemado en la emergencia; 2005. Caracas: Editorial Ateproca;2005. p.27-34; Disponible en:https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Zapata-Sirvent/publication/273135374_Diagnostico_y_tratamiento_inicial_del_paciente_quemado_en_la_emergencia/links/54f929fb0cf28d6deca38096.pdf

5.- Paulo Castillo D.; Quemaduras. Conceptos para el médico general; Cuad. Cir. 2003; 17: pag.58-63, Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v17n1/art10.pdf>