

QUEMADURAS DÉRMICAS SUPERFICIALES: PAUTA DE ACTUACIÓN CON APÓSITO PRIMARIO ÚNICO DE HIDROFIBRA AG EN ATENCIÓN PRIMARIA.

SUPERFICIAL DERMAL BURNS: GUIDELINES OF ACTION WITH ONLY PRIMARY DRESSING OF HYDROFIBRE AG IN PRIMARY CARE

Autores: Francisco García Collado¹, Sergio Álvarez Millán², Ana María Ramírez Pizano³, Carmen Rivera Fernández¹, Mercedes García Murillo¹, Eva María Franco García¹

1.- Enfermero de Familia U.G.C. SAN JUAN AZNALFARACHE (Sevilla).

2.- Coordinador de Cuidados U.G.C. SAN JUAN AZNALFARACHE (Sevilla).

3.- Enfermera U.G.C. CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

Contacto: franciscogcollado@gmail.com

Fecha de recepción: 18/01/2014
Fecha de aprobación: 22/04/2014

RESUMEN

Las quemaduras suponen un tipo de lesión frecuente en urgencias de Atención Primaria que en muchos casos, atendiendo a los criterios de indicación establecidos, son susceptibles de ser tratadas íntegramente desde este nivel asistencial.

El objetivo de este trabajo es proponer, para el tratamiento de quemaduras dérmicas superficiales, el abordaje mediante la utilización de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata, como apósito primario único durante todo el proceso de epitelización, ya que cumple las características exigibles a un apósito para el tratamiento de quemaduras: prevención de la infección, función metabólica y confortabilidad del paciente.

Para la exposición del protocolo de actuación, se ilustra con cuatro casos clínicos de quemaduras de origen térmico.

La evolución de las lesiones ha sido satisfactoria en todos los casos, no apareciendo signos de infección asociados. El periodo de cicatrización, pese a las diferencias de edad y características de salud de cada uno los pacientes, ha estado, en los 4 casos, en torno a los 10-12 días, desde el origen de la lesión.

Consideramos que esta es una técnica a tener en cuenta en comparación con los tratamientos convencionales, ya que reduce las intervenciones de los profesionales de enfermería (ahorro de tiempo de dedicación), utiliza menos recursos materiales y además proporciona mayor confort, autonomía y calidad de vida a los pacientes.

Palabras claves: quemadura dérmica, flictena, infección, exéresis, hidrofibra Ag, apósito con plata.

ABSTRACT

Burns are a common type of injury in the emergency department of Primary Care that in many cases, in accordance with the criteria of established indication, they are liable to be treated in full from this level of care.

The objective of this paper is to propose, for the treatment of superficial dermal burns, the approach through the use of dressings of hydrofibre hydrocolloid dressing with silver, as only primary dressing during the entire process of epithelialization already that meets the characteristics demanded in a dressing for the treatment of burns: prevention of infection, metabolic function and comfort of the patient.

Four clinical cases of Burns of thermic origin are illustrated for the exhibition of the Protocol.

The evolution of the injuries has been satisfactory in all cases, do not appear associated signs of infection. The healing period, despite differences in age and health characteristics of each of the patients, has been in the 4 cases, around 10-12 days, from the origin of the lesion.

We believe that this is a technique to take into account in comparison with conventional treatments, as it reduces the interventions of the nursing professionals (saving time of dedication), uses

less material resources and also provides greater comfort, autonomy and quality of life for patients.

Key Words: *dermal burn, phlyctena, infection, excision, hydrofibre Ag, dressing with silver.*

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones, que generalmente de manera leve o moderada, han padecido la mayoría de las personas alguna vez a lo largo de su vida. A diferencia del resto de lesiones que habitualmente tratamos a nivel de atención primaria, el abordaje de los profesionales ante las quemaduras ha evolucionado poco en el tiempo (cura tradicional, con aplicación de pomadas antibacterianas y/o uso de tules o gasas vaselinadas).

En España se estima que solicitan atención clínica por quemaduras unas 120.000 personas al año⁽¹⁾, de las cuales sólo el 5% requieren asistencia hospitalaria.

Entre el 60 - 80% de las quemaduras se producen en el ámbito doméstico⁽²⁾ y son de origen térmico (líquido caliente, llamas, sólidos calientes y vapor de agua); presentándose con mayor frecuencia en menores de 10 años y en mayores de 69 años.

En otro 10-15 %, el mecanismo de producción es consecuencia de explosiones y llamas, seguidos de quemaduras eléctricas y químicas, que suelen estar más relacionadas con accidentes de origen laboral⁽²⁾.

DEFINICIÓN DE QUEMADURA

Las quemaduras se definen como el deterioro de la integridad cutánea y tisular relacionado con un agente causal externo y un tiempo de exposición, aunque para una adecuada valoración, también se han de tener en cuenta la zona anatómica afectada, la extensión, el tiempo de exposición y la temperatura del agente causal, ya que todo ello condiciona la evolución^(1,2).

CLÍNICA LOCAL DE LAS QUEMADURAS

Los elementos fundamentales a tener en cuenta ante la valoración y el diagnóstico de una quemadura, ya que condicionan el tratamiento y la propia evolución de la quemadura son:

- A) La extensión
- B) La profundidad
- C) La localización
- D) El agente causante

A.- Extensión

A mayor extensión afectada, peor será el pronóstico y mayor la gravedad de la quemadura. Existen varios métodos rápidos para valorar la extensión de las quemaduras⁽¹⁻⁵⁾:

- **La regla de los 9 o Método de Wallace**, en la que cada parte del cuerpo se corresponde a un múltiplo de 9: cabeza y cuello 9%, Tronco anterior 18%, tronco posterior 18%, Extremidades superiores 18% (9% cada brazo), extremidades inferiores 36 % (18% cada pierna), 1% Genitales. No se recomienda su uso en niños.
- **Regla de la palma de la mano:** Es válida tanto para adultos, como para niños. Se calcula utilizando como referencia, la medida de la palma de la mano del paciente (con sus dedos en extensión), que se corresponde con un 1% de la superficie total (útil si la superficie corporal total afectada se encuentra por debajo del 10%).
- **Clasificación de Lund-Browder:** Se usa para valoración de niños, porque varían según la etapa de crecimiento:
 - Niño menor de un año: 19%
 - Niño menor de 5 años: 13%
 - Adolescente de 15 años: 9%

B.- Profundidad

Está vinculada al número de capas de la piel afectadas (condicionada por intensidad del calor absorbido y el tiempo de exposición). A mayor profundidad, peor pronóstico y evolución (es frecuente que la valoración inicial de la profundidad no sea del todo exacta, porque la quemadura es un proceso dinámico).

Según la profundidad⁽¹⁻⁵⁾, se clasifican en:

- **Quemaduras Epidérmicas (1er Grado):** Es la típica quemadura producida por la exposición al sol. Afecta a la capa más superficial de la piel. Su aspecto es enrojecido, eritematoso, libre de exudación y de flictenas o ampollas. Pueden provocar prurito y dolor agudo por la irritación de las terminaciones sensitivas (eritema doloroso). Curan en pocos días, pudiendo dejar pigmentaciones temporales en la piel.
- **Quemadura dérmica Superficial (2º Grado Superficial):** Se caracteriza por la afectación de la epidermis y la dermis papilar,

conservando intacto los folículos pilosebáceos. Suelen deberse a líquidos calientes o a exposición breve a llamas. Es característica la aparición de una flictena o ampolla intacta (producto de la vasodilatación y extravasación del plasma). Tras la ruptura o desbridamiento de la flictena, se aprecia una dermis eritematosa que palidece a la presión. Son lesiones muy dolorosas de por sí (aunque aumenta durante la limpieza, cambios de apósitos y en su manipulación en general. Suelen cicatrizar entre 10 y 15 días.

- **Quemadura dérmica Profunda (2º Grado Profundo):** Hay afectación de la unión dermo-epidérmica, dermis papilar y dermis reticular, por lo que de haber flictenas, estarán generalmente rotas. El fondo de la quemadura presenta aspecto rojo parduzco con zonas nacaradas (que no palidece a la presión) y destrucción de terminaciones nerviosas (menos dolor asociado). Puede haber ausencia de vello (afectación de folículos pilosos). Su cicatrización puede completarse en tono a los 25-30 días si no existen complicaciones.
- **Quemadura Subdérmica o de espesor total (3º Grado):** Afectación de la totalidad de la piel: epidermis, dermis, hipodermis, llegando en ocasiones hasta planos musculares: El aspecto de la zona es blanco, duro y acartonado (escara blanca), aunque también puede estar carbonizado.

La lesión no es dolorosa por la destrucción total de las terminaciones nerviosas. Requiere tratamiento quirúrgico. Su evolución hacia la curación total puede alargarse durante meses, así como dejar secuelas (cicatrices o rigidez importante).

C. Localización

Algunas quemaduras se consideran graves porque su **localización** puede entrañar otros riesgos^(6,7,8), precisando su derivación a un centro hospitalario para cuidados y tratamientos especiales: Quemaduras en cara, cuello, manos, pies, área perineal, área genital y articulaciones mayores (alta probabilidad de secuelas funcionales o estéticas)

- Quemaduras asociadas a vías respiratorias (lesiones por inhalación).
- Quemaduras de tronco, cuello, o extremidades (asfixia o síndrome compartimental).

- Quemaduras asociadas a fracturas o heridas penetrantes.

D. Agente causal

Según el agente Causal, se pueden clasificar en:

- **Térmicas:** Se producen por contacto del foco calórico: Escaldadura por líquidos calientes, llama de fuego, contacto por sólidos calientes o vapor de agua.
- **Químicas:** Se producen por el calor que se libera al contacto de ciertas sustancias con los tejidos (varía según se trate de ácidos, álcalis o gases).
- **Eléctricas:** Se generan por el calor que provoca la corriente eléctrica al atravesar los tejidos; pueden llevar asociadas lesiones traumáticas, secundarias a la caída de la víctima por acción de la descarga.
- **Por agentes mecánicos:** Producidas por la energía generada en un tejido que se ve expuesto a rozamiento.
- **Radiación ionizante/no ionizante:** Producidas por agentes como la radiación de radiofrecuencia, ultravioleta, microondas o láser.
- **Congelación:** Como resultado de la exposición excesiva al frío y la vasoconstricción derivada.

QUEMADURAS SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se consideran quemaduras leves o menores según la American Burn Association, susceptibles de ser tratadas en atención primaria^(2,6,8):

- Todas las quemaduras epidérmicas, sin importar la extensión, excepto en los niños.
- Las quemaduras dérmicas superficiales con una extensión inferior al 15 % de la superficie corporal total (SCT) en el adulto e inferior al 10% en el niño.
- Las quemaduras dérmicas profundas con una extensión de la SCT inferior al 2%.
- Las subdérmicas con una extensión inferior al 1-2 % de la SCT en el adulto y niños según su localización.

TRATAMIENTO LOCAL EN QUEMADURAS DÉRMICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Como hemos comentado, las quemaduras que se tratan habitualmente en atención primaria, son en su mayoría dérmicas superficiales y el signo característico que presentan será la aparición de ampolla o flictena; por ello comenzaremos por plantearnos, **¿cómo actuar con la flictenas?**

El término **Ampolla**, procede del latín “ampulla”, cuya traducción es ánfora o pequeño recipiente que sirve para almacenar líquido. La ampolla o flictena es una elevación de la piel, producto de la separación producida entre las capas de la epidermis y en cuyo interior se va a acumular líquido seroso. Este líquido seroso será potencialmente colonizable por infinidad de bacterias.

Aunque sigue siendo un tema con cierta controversia, debemos desbridar las flictenas⁽⁹⁻¹²⁾, siempre bajo medidas de estricta asepsia (se pueden mantener sin desbridar, aquellas de diámetro inferior 6 mm, que no interfieran en los movimientos y que no sean molestas para el paciente).

Al desbridar las flictenas y retirar los restos de tejidos desvitalizados:

- Se puede valorar correctamente la lesión, profundidad, extensión y evolución posterior.
- Se evitan posibles roturas espontáneas y riesgo de contaminación.
- Se reduce el riesgo de colonización, porque la epidermis de la flictena se ha desvitalizado y no protege adecuadamente de los patógenos externos.
- Se incrementa la eficacia de los tratamientos aplicados, al estar directamente en íntimo contacto con el lecho de la lesión.

Por lo demás, habitualmente el tratamiento en atención primaria⁽¹³⁻¹⁴⁾ consiste en la aplicación rutinaria de cremas bacteriostáticas o bactericidas y curas posteriores con gasas o tules parafinados cada 24-48 horas, en función de:

- Características relacionadas con la lesión: Extensión, profundidad, localización y agente causal.
- Riesgo inherente de infección en el paciente quemado.
- Evolución de la quemadura.
- Adaptabilidad a la zona en la que lesión se encuentre.
- Necesidad de higiene y curas frecuentes

- De la disponibilidad de los productos en nuestro medio.

Entre los productos más utilizados^(1,2,5,14) tenemos algunas cremas o pomadas antibacterianas:

- **Sulfadiazina Argéntica** (Silverderma[®], Flamazina[®]): Antimicrobiano en crema, compuesto por sulfamidas y plata, de aplicación tópica sobre quemaduras dérmicas y subdérmicas, en capa de 1mm. Es activo frente a gérmenes patógenos gran positivos, gran negativos y hongos. Su efecto antibacteriano dura entre 8 y 12 horas. No está indicado en mujeres embarazadas, ni niños menores de dos años. Puede ocasionar reacciones locales, dolor, escozor e hipersensibilidad alérgica de contacto, así como provocar coloración grisácea de la piel en zonas expuestas a luz solar.
- **Nitrofurazona** (Furacín[®]): Bactericida y bacteriostático, no es eficaz frente a pseudomonas, gérmenes gran negativos, ni inhibe el crecimiento de hongos. Puede producir reacciones alérgicas o irritación local con sensación dolorosa, escozor y quemazón, por lo que cada vez más, se cuestiona su indicación. No está indicada en quemaduras exudativas. Se debe aplicar al menos cada 12 horas.
- **Povidona Iodada** (Betadine[®]): De amplio espectro antibacteriano y antifúngico, efectivo frente a gérmenes gran negativos y algunos hongos; no es eficaz en gérmenes gran negativos. Tiende a teñir el tejido de la zona lesionada; suele producir sensación dolorosa y no se recomienda su utilización en niños, ni en lesiones extensas (> 20% de superficie quemada); además, también es cuestionado porque se inactiva en presencia de materia orgánica y por inhibir la proliferación de fibroblastos, provocando así un posible retraso en el proceso de cicatrización.

Con respecto a los apósitos utilizados, debemos de tener en cuenta lo que Gómez-Morell^(3,5,15) define como principios inviolables relativos a las características que debe cumplir cualquier apósito para el tratamiento de quemaduras:

- 1. Prevenir la Infección:** Todo vendaje o apósito empleado en una quemadura debe incorporar productos antisépticos o bacteriostáticos que controlen el crecimiento bacteriano e impidan la infección de la lesión.

- 2. Función metabólica:** Todo apósito utilizado en quemaduras ha de minimizar cualquier pérdida calórica, evitando la evaporación fisiológica al faltar parte de su barrera natural, la epidermis.
- 3. Función de confortabilidad:** Reducción del dolor y capacidad para gestionar adecuadamente el nivel de exudado provocado por estas lesiones.

Desde esta perspectiva, el apósito ideal debe mantener un ambiente húmedo sobre la quemadura, proteger frente a la infección, adaptarse al contorno corporal, permitir una cura confortable y mantenerse en contacto con el lecho de la herida^(1,3,13).

Los apósitos utilizados más frecuentemente son:

- **Apósitos de tul o gasas vaselinadas no adherentes** (Linitul[®], Tulgrasum[®]): Suelen componerse de fibras de algodón o similar, impregnadas de parafina blanda, que se ponen bajo los apósitos absorbentes secundarios, para evitar que se peguen a la herida. La parafina reduce la capacidad de absorción del apósito y reblandece el tejido y la piel perilesional. Deben sustituirse cada 24-48 horas.

A tener en cuenta que existen tules o mallas con hidrocoloide (Urgotul Flex[®]), cuya acción se asemeja más a la de los hidrocoloideos.

- **Apósitos de Hidrocoloide** (Varihesive[®], Sureskin[®], Comfeel[®]): Indicados en quemaduras dérmicas superficiales de pequeña extensión y sin signos de infección, así como tras retirada de flictenas y tejido desvitalizado, siempre que la lesión no sea muy exudativa. Inicialmente requiere cambios cada 24 horas, espaciándose la misma en función de la evolución de la quemadura. Existen versiones extrafinas indicadas en estadios finales y para protección de los tejidos neopitelizados.
- **Apósitos de Alginato** (Seasorb[®], Algisite[®], Urgosorb[®]) Recomendados en quemaduras con abundante exudado; tienen gran adaptabilidad y precisan de apósito secundario. No deben utilizarse en lesiones con poco exudado.
- **Apósitos de espuma de poliuretano** (Allewyn[®], Biatain[®], Mepilex[®], Tegaderm Foam[®], Askina Foam[®]): Están indicados en quemaduras altamente exudativas, tras eliminar flicte-

na y tejido desvitalizado; mantienen ambiente húmedo en la lesión y tienen buena adaptabilidad.

- **Apósito de Hidrofibra de hidrocoloide:** (Aquacel[®]): Apósito compuesto de carboximetilcelulosa sódica, con acción hidrofílica (absorbe el exudado directamente dentro de las hidrofibras que lo componen, donde es retenido incluso bajo presión), que forma un gel cohesivo al contacto con el exudado, manteniendo la zona perilesional libre de maceración (absorción vertical). Presenta gran capacidad de adaptabilidad y alta capacidad de absorción, por lo que permite espaciar las curas.
- **Apósitos con plata:** La incorporación de plata a los apósitos de cura en ambiente húmedo, ha supuesto ampliar su indicación a las heridas infectadas, con buenos resultados. Disponemos de apósitos específicos con plata nanocristalina (Acticoat[®]), apósitos que combinan plata y carbón activado (ActisorbPlus[®]), mallas con plata (Urgotul Ag[®]), espumas, que incorporan plata (Biatain Plata[®], Allewyn Ag[®], Aquacel Foam Ag[®]), hidrofibras con plata (Aquacel Ag[®]), etc.

El **objetivo** de este trabajo es proponer, para el tratamiento de quemaduras dérmicas superficiales, el abordaje mediante la utilización de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata, como apósito primario único durante todo el proceso de epitelización.

El apósito de Hidrofibra de hidrocoloide con plata (Aquacel Ag[®]), está compuesto de carboximetilcelulosa y plata iónica. Este apósito antimicrobiano, presenta todas las características comentadas de la hidrofibra de hidrocoloide, pero además al gelificar en contacto con el exudado, libera iones de plata de manera sostenida, por lo que está indicado para prevenir y evitar el proceso infeccioso, siendo eficaz ante gérmenes patógenos gran positivos, gran negativos y hongos. Destaca también por su confortabilidad y poder de absorción.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó estudio descriptivo con revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos biomédicas y de evidencia científica (Medline, Pubmed, Embase, BDIE, Cuiden, Evidentia, Enfispo, The Joanna Briggs Institute, Cochrane Library...) con los siguientes descriptores: que-

maduras, quemaduras dérmicas, flictenas, ampollas, tratamiento en quemaduras y su traducción al inglés.

Asimismo, se han tenido en cuenta Guías de Práctica Clínica sobre quemaduras y páginas Web de organizaciones científicas, con contenidos sobre lesiones dermatológicas, deterioro de la integridad cutánea y quemaduras.

Una vez revisada y analizada la literatura científica encontrada, se estableció el protocolo de actuación en 4 pasos:

- **Paso 1.-** Limpieza con suero salino templado.
- **Paso 2.-** Exéresis de flictenas.
- **Paso 3.-** Aplicación de apósito de Hidrofibra Ag.
- **Paso 4.-** Revisión de adhesión y nivel de saturación del apósito hasta la epitelización completa.

RESULTADOS

La pauta de actuación y tratamiento con apósito de Hidrofibra Ag como apósito primario único propuesta, se ilustra con el seguimiento y evolución de cuatro casos clínicos de quemaduras de origen térmico, resueltas durante los últimos 12 meses en la Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de San Juan de Aznalfarache, referidos a quemaduras que cumplen con los criterios siguientes:

- Clasificadas como quemaduras dérmicas superficiales.
- De superficie corporal total (SCT) no superior al 15-20%.
- Con tiempo de evolución previa al inicio del tratamiento, no mayor a 24 horas.

Descripción de los casos

- **Caso N° 1:** Mujer de 34 años, sin patología asociada, que acude a Urgencias de Atención Primaria con quemadura dérmica superficial (2° Grado Superficial) de etiología térmica (por contacto con cera caliente depilatoria), de veinticuatro horas de evolución, que presenta una flictena de aproximadamente 4 x 6 cm en zona tibial inferior de la pierna derecha^(Imagen 1).
- **Caso N° 2:** Mujer de 89 años, pluripatológica (diabetes, hipertensión, Cardiopatía,...) y polimedicada, que acude a Urgencias de Atención Primaria, con quemadura dérmica



Imagen 1. Caso 1



Imagen 2. Caso 2

superficial (2° Grado Superficial), de etiología térmica (producida por calor indirecto de calefactor de aire); presenta flictena de aproximadamente 9 x 6 cm^(Imagen 2), en la meseta tibial del miembro inferior izquierdo.

- **Caso N° 3:** Mujer de 36 años, sin patología asociada, que acude a consulta programada, tras ser remitida desde urgencias de atención primaria, donde fue valorada y curada 24 horas antes, al acudir con quemadura por escaldadura en dorso de mano derecha (la paciente había sido intervenida quirúrgicamente de un ganglión en zona adyacente a la quemadura, cuatro días antes). La quemadura presenta tejido eritematoso de aproximadamente 7 x 6 cm, con restos de flictena rota espontáneamente^(Imagen 3). En urgencias le extirparon los restos de la flictena (técnica aséptica) y le aplican cura con gasa vaselinada no adherente (Linitul®).



Imagen 3. Caso 3



Imagen 4. Caso 4

- **Caso nº 4:** Niña de 15 meses, asistida en Urgencias tras sufrir una quemadura dérmica térmica por contacto con menaje de cocina. Presenta flictena con rotura parcial espontánea de aproximadamente 9 X 5 cm (Imagen 4) en la zona gemelar de su pierna izquierda.

Evolución de los casos

- **Paso 1.-** Limpieza exhaustiva de la zona afectada (Imagen 5), con suero salino templado.
- **Paso 2.-** Exéresis o desbridamiento de las ampollas o flictenas, así como de cualquier resto de tejido desvitalizado (Imagen 6).



Imagen 5. Flictenas



Imagen 6. Desbridamiento de flictenas

- **Paso 3.-** Aplicación de apósito de Hidrofibra Ag cubriendo las lesiones, de manera que sobresalga el apósito entre 1 y 2 cm. del borde perilesional sobre piel sana^(Imagen 7). A continuación, cubrir con apósito secundario tradicional.
- **Paso 4.-** En curas sucesivas y tras la retirada del apósito secundario, es preciso comprobar la adhesión del apósito (en esta pauta de tratamiento y en este tipo de lesiones, está indicada la adherencia de la Hidrofibra Ag, al lecho de la lesión, siendo ésta una característica deseable), y comprobar a su vez el nivel de saturación del apósito^(Imagen 8), ya que pueden darse varias situaciones, que se resolverán de la siguiente manera:
 - **Apósito de Hidrofibra Ag saturado:** Colocar otro apósito de Hidrofibra encima del primero^(Imagen 9) y cubrir de nuevo con un apósito secundario.
 - **Apósito de Hidrofibra Ag parcialmen-**

te saturado: Cambiar solo el apósito secundario (no intervenir sobre el apósito primario).

- **Apósito de Hidrofibra Ag seco y acartonado**^(Imagen 10): Hidratar con suero fisiológico hasta conseguir gelificar^(Imagen 11); esto es especialmente importante en zonas sometidas a movilidad, para evitar molestias por retracción.
- **Apósito de Hidrofibra Ag desprendiéndose:** La lesión reepiteliza progresivamente y el apósito se va desprendiendo^(Imagen 12), por lo que puede ir recortándose el apósito desprendido.

Quando la evolución es adecuada, el apósito de hidrofibra debe ir desprendiéndose progresivamente de la herida. El desprendimiento completo del apósito, será de forma espontánea cuando la epitelización sea completa^(Imagen 13).

Es importante tener en cuenta que NUNCA debe arrancarse el apósito de Hidrofibra Ag de manera traumática; de estimar oportuna su retirada,



Imagen 7. Aplicación de Hidrofibra Ag



Imagen 8. Adhesión a la herida (observar absorción vertical)



Imagen 9. Cubrir apósito saturado



Imagen 11. Apósito rehidratado y gelificado



Imagen 12. Bordes de apósito desprendiéndose

habría que rehidratarlo con solución salina, esperar entre diez y veinte minutos y proceder a su retirada completa (al gelificar se retira con facilidad).

Una vez desprendido todo el apósito y a pesar de que podemos considerar reepitelizada la lesión,



Imagen 10. Apósito seco y acartonado

recomendamos aplicar un apósito hidrocólicoide extrafino como protección de la nueva epidermis (Imagen 14) y mantenerlo durante unos días (Imagen 15).

Es muy importante, explicar al paciente, cuidadores y resto de profesionales que no estén habituados a esta técnica de curas, que el apósito de hidrofibra debe quedar adherido a la lesión y que éste no debe ser retirado, hasta que se vaya desprendiendo progresivamente; de igual manera, debemos explicar que el aspecto y coloración verdoso-amarillento-negruzco que puede adquirir el apósito, entra dentro de los parámetros normales de la técnica.

En todos los casos, los pacientes (o familiares responsables) han sido informados minuciosamente y otorgado consentimiento para la realización de la técnica.

Ningún paciente ha referido molestias durante el periodo de tratamiento, sino al contrario, han manifestando un alto grado de confort y de satisfacción.

CONCLUSIONES

Esta pauta de actuación se realiza para quemaduras susceptibles de tratamiento a nivel ambulatorio y que cumple con los criterios establecidos.

La evolución de las lesiones ha sido satisfactoria en todos los casos, no apareciendo signos de infección asociados. El periodo de cicatrización,



Imagen 13. Epitelización completa



Imagen 14. Protección con hidrocloide extrafino



Imagen 15. Aspecto tras retirada de hidrocloide

pese a las diferencias y características de cada uno los pacientes, ha estado en torno a los 10-12 días, desde el origen de la lesión (en los 4 casos).

Una vez realizada la piel quemada de la flictena y colocado el apósito de Hidrofibra Ag en el lecho de la lesión, éste no se ha vuelto a manipular hasta la finalización del proceso de epitelización,

con lo que hemos reducido o minimizado el nivel de dolor provocado en este tipo de lesiones, favoreciendo el confort y la calidad de vida del paciente.

Los tiempos relacionados con la frecuencia de curas han variado entre 4 - 5 actos, no siendo la totalidad de los mismos necesarios en cuento

a la realización de alguna intervención, sino que se programaron para la observación del caso y vigilancia del comportamiento del apósito. Teniendo esto en cuenta, con esta pauta de tratamiento, es posible reducir las intervenciones del profesional de enfermería a períodos superiores a cada 72 h., lo que conlleva a su vez un ahorro no sólo por parte del tiempo de dedicación de los profesionales implicados, sino también de los recursos materiales empleados.

Los aspectos relacionados con el confort, auto-

nomía, aumento de calidad de vida del paciente y disminución de los actos de cura durante todo el proceso, proporcionan a este tratamiento unas cualidades a tener en cuenta en comparación con las que ofrecen otros tipos de tratamientos convencionales.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de subvención para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arantón-Areosa L, Beaskoetxea-Gomez P, Bermejo-Martínez M, Capillas-Pérez R, Cerame-Pérez S, García-Collado F, Gómez-Coiduras JM, Manzanero-López E, Palomar-Llatas F, Salvador-Morán MJ, Segovia-Gómez T, Zubiaur-Barrenengoa A. Quemaduras. En: Guía Práctica Ilustrada Tratamiento de Heridas. Madrid: Editores Médicos SA; 2008, p. 41-51
2. Pérez-Boluda M, Martínez-Torreblanca P, Pérez-Santos L, Cañadas-Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
3. Gómez-Morell PA. Fisiopatología y clínica de las quemaduras. Definición, epidemiología, etiología. Resumen curso de quemaduras Hospital Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona 2006.
4. Pérez-Boluda M, Lara-Montenegro J, Ibáñez-Mata J, Cagigal-González L, León-Llerena CM. Guía de actuación ante el paciente quemado. Hospital RU Carlos Haya. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2006.
5. Gómez-Morell PA, Vernetta-Rubio O, Palao-Domenech R. Quemados. Valoración y criterios de actuación. Marge Medica Books. Barcelona 2009
6. Enoch S, Roshan A, Shah M. Emergency and early management of burns and scalds. BMJ. 2009; 338:B1037
7. Alcalá Rodríguez A, Armendáriz Alonso MJ, Caja pulido T, Casamada Humet N, Martínez Riera JR, Oltra Rodríguez E. ¿Heridas crónicas y agudas? Ulceras, quemaduras y heridas Agudas. 100 preguntas más frecuentes. Barcelona: Editores Médicos; 1999.
8. Peñalba-Citores A, Marañón-Pardillo R. Tratamiento de las quemaduras en urgencias. En: Asociación Española de Pediatría (AEP), Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Protocolos de Urgencias Pediátricas. 2ª ed. [Monografía de Internet]. Madrid: Ergón, SA; 2010 [consultada: 15/09/2013]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/tratamiento_de_las_quemaduras_en_urgencias.pdf
9. Babío-Rodríguez D, Campos-Oubel ME. Manejo de las flictenas en una quemadura: una discusión clásica de enfermería. Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda [revista en internet] 2012 [Consulta: 15/09/2013]; 1: 22-6. Disponible en: http://proyectolumbre.com/documentos/Numero_1.pdf
10. Esteban S. Tratamiento de las ampollas en las quemaduras de segundo grado superficial. Revisión bibliográfica desde diferentes puntos de vista. Enferm Clin. 2010; 20(1):66-7.
11. Cid-González MC, Alcon-Jiménez C. Respuesta a: Tratamiento de las ampollas en quemaduras de segundo grado superficial. [Carta al director] Enferm Clin, 2011; 21(2): 122-3.
12. González de-la Guerra JM, González-Campos M. Ampollas por fricción. Tratamiento con Betadine® en atención primaria de salud. Rev Rol Enferm. 2013; 36(6): 416-23.
13. Ledo-García MJ, Crespo-Llagostera T, Martí-Romero MP, Sacristán-Vela JL, Padilla-Monclús MP, Barniol-Llimós N. Grupo de úlceras de Sabadell. Tratamiento Ambulatorio de las quemaduras. Enferm Dermatol 2010;3(9):42-53.
14. García-Criado EI, Torres-Trillo M, Torres-Murillo J, Muñoz-Ávila J, Clemente-Millán MJ, González-Barranco JM. Manejo urgente de las quemaduras en atención primaria. SEMERGEN [revista en internet] 2008 [consultado: 15/09/2013]; 25 (2): 132-40. Disponible en: <http://www.sobefee.org.br/web-files/publicacoes/artigos/quemaduras.pdf>
15. Gómez-Morell PA. Productos de Aplicación tópica: principios violables e inviolables. Resumen curso de quemaduras Hospital Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona 2006.