

Abordaje enfermero de quemaduras menores

Borja González Suárez
Hospital Universitario de Cabueñes

Contacto: borjagonzalezsuarez@gmail.com

Manuscrito recibido: 19/05/2020
Manuscrito aceptado: 20/11/2020

Cómo citar este documento

González Suárez B. Abordaje enfermero de quemaduras menores. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2021 Febrero; 9 (1): 6-17.

Resumen

Objetivo: Identificar el papel de la/el enfermera/o y las últimas evidencias científicas sobre los cuidados necesarios para el abordaje integral de las quemaduras menores.

Metodología: se realiza una revisión bibliográfica en el intervalo comprendido entre el mes de diciembre de 2018 y abril de 2019. Libros, páginas web, guías de práctica clínica y fuentes secundarias como SciELO, Cochrane, Medes, CINAHL, LILACS, Medline y Teseo, componen esta revisión.

Resultados: La gran mayoría de las quemaduras son poco graves, ello supone que su abordaje pueda ser asumido por la/el enfermera/o de forma ambulatoria. Si bien la aparente escasa complejidad, el

desconocimiento y la mala praxis está muy extendida entre población y personal sanitario. Adoptar medidas de prevención hacia fuentes de exposición (como el sol) son necesarias para evitar desde sufrir una quemadura a desarrollar un cáncer cutáneo. La valoración es clave para determinar la gravedad de una quemadura y su posterior gestión. El exudado, la infección, el estado de la piel y el dolor condicionarán los materiales de cura a utilizar en cada caso.

Conclusiones: según las últimas evidencias, la/el enfermera/o es una figura clave y está capacitada/o para la prevención y tratamiento de las quemaduras menores. La cura húmeda se recomienda como terapia de referencia.

Palabras clave:

Quemaduras; Enfermería de Atención Primaria; Primeros Auxilios; Lesiones accidentales.

Nurse approach to minor burnings

Abstract

Purpose: To identify the latest evidence on nursing care in minor burns from a holistic approach.

Methodology: The research consisted on a bibliographic review made between December 2018 and April 2019 on books, web pages, clinical guides and secondary sources such as SciELO, Cochrane, Medes, CINAHL, LILACS, Medline and Teseo.

Outcomes: most of the burns are minor, meaning that the nurse can handle their treatment. However, unknowledge and bad praxis is extended among patients and health professionals. Knowing how to handle risky exposures as the Sun is a key step to prevent burns and skin cancer. Evaluation of the burnings at the moment they are produced is a key process to establish their severity and further treatment. Moisture, infection, skin condition and pain are symptoms that will influence on the materials chosen for the care of the burning.

Conclusions: As said by the recent evidence, the nurse is a key in the process of prevention and treatment of minor burnings. Humid care is recommended as first-election treatment.

Keywords

Burns; Primary Care Nursing; First Aid; Accidental Injuries.

Introducción

En España se calcula que anualmente se ven afectadas por quemaduras cerca de 144.000 personas, de las cuales tan solo entre el 5-15% precisan de atención hospitalaria (1, 2). El porcentaje restante puede ser tratado ambulatoriamente, ello quiere decir que se trata de quemaduras menores. Una quemadura menor es aquella que tras ser valorada por personal sanitario se ha determinado que no implica un riesgo medio ni alto de complicaciones agudas siendo clasificada como de baja gravedad (3, 4).

Durante el manejo de este tipo de lesiones no son infrecuentes los errores en el diagnóstico y posterior abordaje

condicionado muchas veces por la incertidumbre (3). Existen técnicas terapéuticas arraigadas en el tiempo que cuentan con escaso o nulo aval científico y que todavía están presentes entre profesionales como puede ser la antibioterapia tópica en ausencia de signos de infección (1). A ello hay que añadirle que gran parte de la información disponible entre la población es de escasa calidad, dando lugar a procedimientos y métodos variados e incluso perjudiciales como la aplicación de dentífrico como calmante (3).

Las quemaduras solares son quemaduras menores, a pesar de la aplicación del término "menor", están estrechamente vinculadas a consecuencias fatales, como la aparición de cánceres cutáneos según el

National Cancer Institute (NCI) (5). La prevención ha logrado reducir su magnitud, siendo la educación para la salud una herramienta clave en el proceso (3). Se estima que si se aplican las medidas preventivas adecuadas en cuanto a fotoprotección es posible evitar hasta el 80% de los casos de cáncer de piel (6).

La/el enfermera/o se ha identificado como una figura clave en todo lo relacionado con las quemaduras en la población. Presenta una posición privilegiada para fomentar la prevención, gestionar las curas (materiales y técnicas) y garantizar unos cuidados post-quemadura adecuados, además de detectar la aparición de signos de mala evolución e incluso lesiones malignas (7).

Con ello, se plantea una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar el papel de la enfermera/o y las últimas evidencias científicas sobre los cuidados necesarios para el abordaje integral de las quemaduras menores. Para ello se pretende describir la prevención de las quemaduras, más concretamente las producidas por la radiación solar, y la valoración de las mismas junto con las terapias y cuidados más actualizados.

Se estima que si se aplican las medidas preventivas adecuadas en cuanto a fotoprotección es posible evitar hasta el 80% de los casos de cáncer de piel

Método

Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo de tiempo comprendido entre diciembre de 2018 y abril de 2019, con los siguientes recursos bibliográficos:

- Bibliotecas: SciELO y Cochrane
- Bases de datos: Medes, CINHALL, LILACS, Medline y Teseo
- Motores de búsqueda: Pubmed (Medline), Clinicalkey (Elsevier) y Encuentra (Enfermería21)

Como criterios de inclusión se seleccionaron los artículos con un máximo de 10 años. El español e inglés fueron los idiomas aceptados. Se priorizaron revisiones y guías de práctica clínica sobre artículos originales, excluyendo los casos clínicos y los artículos sobre el paciente gran quemado. Se descartó un estudio por un posible conflicto de intereses económicos. No han sido utilizados instrumentos de lectura crítica estandarizados. Sin embargo, se ha utilizado como criterio indirecto de calidad la baremación de los índices Factor de Impacto (FI) y Scimago Journal Rank (SJR) de las revistas donde han sido publicados.

Se realiza una primera búsqueda con lenguaje libre y posteriormente con palabras clave (quemaduras, quemaduras solares, factor de protección solar, manejo del dolor, infección, vendajes y sus equivalentes en inglés) ambas sujetas a las restricciones de los filtros descritos, obteniendo un total de 324 documentos, de los cuales 40 fueron de interés para la lectura de su resumen. Se descartaron 5 para el análisis del texto completo por no ajustarse a la temática del estudio. Finalmente 22 referencias conforman el artículo. Las principales características de la bibliografía recuperada se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1: Síntesis de la bibliografía

Autoría	Fuente	Tipo de documento	Objetivos	Año
Jiménez serrano R, García Fernández FP.	Revista: Gerokomos	Revisión	Analizar el efecto en la cicatrización de las quemaduras de los diferentes tratamientos recogidos en la literatura especializada.	2018
Ambrona De Marcos V, Ramírez Molinero R, García Expósito J, Bañeres Arguilés C, Marquilles Bonet C.	Revista: Ágora de enfermería	Revisión	Analizar la literatura actual del tratamiento de las quemaduras de segundo grado superficial, para clarificar opciones terapéuticas adecuadas, desmintiendo así prácticas empíricas carentes de fundamentación científica	2017
Pérez Boluda MT, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F.	Guía de Práctica Clínica	GPC	Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por quemaduras	2011
Instituto Nacional del Cáncer.	Instituto Nacional del Cáncer (NIH)	Monografía en internet	Servir como fuente de información y ayuda para los médicos que atienden a pacientes de cáncer.	2018
Valdivielso Ramos M, Herranz JM.	Revista: Anales de pediatría	Revisión	Actualizar los conocimientos más recientes en fotoprotección infantil y las novedades en los fotoprotectores y campañas recientes en educación solar.	2010
Wasiak J, Cleland H, Campbell F, Spinks A.	Cochrane	Revisión Cochrane	Evaluar los efectos de los apósitos para heridas de quemaduras en quemaduras de espesor parcial y superficial.	2013
Norman G, Christie J, Liu Z, Westby MJ, Jefferies JM, Hudson T, et al.	Cochrane	Revisión Cochrane	Evaluar los efectos y la seguridad de los antisépticos para el tratamiento de quemaduras.	2017

Fuente: Elaboración propia

Resultados

Prevención.

El hogar y el trabajo son los entornos más proclives a que se suceda una quemadura, siendo el primero de ellos el de mayor incidencia. Esto supone que en las políticas de prevención tengan una carga reseñable ambos ambientes. Por esta misma característica de la accidentalidad cualquier persona es sensible a padecerla, no existiendo una población diana específica (3).

En el hogar se sucede el 60% de las quemaduras. Es conveniente tener especial precaución en la cocina donde electrodomésticos y utensilios de cocina puedan generar quemaduras por sólidos calientes al contacto directo o de forma indirecta, calentando líquidos, por escaldadura. Estas últimas son las más incidentes en niñas/os

y suponen el 65% de las quemaduras del hogar, por ello hay que considerar medidas especiales con ellas/os como es colocar los mangos (de cazos, sartenes, freidoras...) y cables... orientados hacia atrás; vigilar la temperatura del agua del baño (recomendable mezclar, primero fría y después caliente). Alejar los productos de limpieza del alcance de los niños ubicándolos en armarios elevados, cubrir los enchufes con tapa-enchufes... recomendaciones adecuadas para que la/el enfermera/o de pediatría dé a los padres en las revisiones del niño sano. Al igual que los niños, los ancianos también son un grupo de riesgo, algunos ancianos pueden presentar un deterioro funcional o cognitivo y no son capaces de valerse por sí mismos (1, 3).

En el medio laboral la mayor incidencia la tienen las quemaduras por llama (10-15%

de las quemaduras totales), electricidad y productos químicos. Se recalca la importancia de utilizar el material de seguridad necesario, principalmente las botas aislantes (1,8).

La exposición solar

Ya sea en el trabajo o en los momentos de ocio todos los días estamos expuestos inevitablemente a radiación ultravioleta (UV) procedente del sol. Las ondas ultravioleta son potencialmente lesivas siendo en este tipo de quemaduras de especial interés la prevención. La radiación solar es necesaria. Una exposición solar mínima (10-15 minutos) de las zonas descubiertas (cara, brazos, piernas...) en un país con abundante radiación solar como es España y una dieta equilibrada es más que suficiente para cubrir las demandas diarias (6, 9). La radiación solar es causante de un elevado volumen de quemaduras debido al desconocimiento de las consecuencias, incluidas las que aparecen a largo plazo. Según la OMS (10) y el NCI (11), el cáncer cutáneo es el más prevalente en el mundo y, concretamente, el melanoma el que más incidencia tiene.

Existe una fuerte correlación entre la sucesión de quemaduras solares y el incremento del riesgo de desarrollar un cáncer cutáneo, la primera variable implica una exposición aguda excesiva no tolerada por la piel, mientras que la segunda está vinculada

Gran parte de la exposición solar de la vida de una persona se sucede antes de los 18-20 años. El mejor enfoque para concienciar a toda la población es la educación sobre los riesgos que implica una exposición solar excesiva.

fuertemente a una exposición intermitente. A todo ello hay que añadirle que los efectos de la radiación solar sobre la piel son acumulativos e irreversibles y tienen especial importancia cuando se producen en la primera infancia (5, 6).

Gran parte de la exposición solar de la vida de una persona se sucede antes de los 18-20 años. El mejor enfoque para concienciar a toda la población es la educación sobre los riesgos que implica una exposición solar excesiva. La/el enfermera/o podrá fomentar la implementación de medidas, como las mostradas en la Tabla 2, para proteger la piel de las radiaciones solares (5, 6).

El grado de protección que otorgan los fotoprotectores exógenos viene determinado por el Factor de Protección Solar (FPS). Los factores de protección solar por encima de 50 no aumentan significativamente la

Tabla 2: Medidas de fotoprotección exógena

Evitar una exposición incidente	<i>La regla de la sombra.</i> Cuanto más pequeña es la sombra de una persona en relación con su altura más incidente está siendo la radiación sobre la misma
Utilizar cristales con homologación anti-UVA y anti-UVB	Las gafas deben absorber el 99-100% del espectro UV. Los cristales polarizados no garantizan protección frente a radiación UV.
Protegerse en días nublados	En días nublados con una elevada humedad se aumenta la dispersión de las radiaciones incrementando la exposición.
Cubrir la piel con ropas adecuadas	Los materiales más entretrejidos son más protectores. Los tintes oscuros absorben de 3 a 5 veces más la radiación que los claros.
Utilizar fotoprotectores exógenos	Existen filtros físicos y filtros químicos.

Fuente: Elaboración propia

protección frente a la radiación UVA y UVB (8). La eficacia del FPS indicado está condicionada por la técnica de aplicación (15-30 minutos antes de la exposición y cada 2h en exposiciones prolongadas) y la cantidad aplicada (2 mg/cm², aproximadamente unos 36g, una proporción correspondiente a la palma de la mano completa para todo el cuerpo). La aplicación de menos cantidad de producto de protección solar conduce a una reducción desproporcionada de la protección (8, 9) tal y como se muestra en la Tabla 3.

Valoración

Las quemaduras menores no implican un riesgo sistémico para el paciente. La profundidad, extensión, localización y etiología son los criterios para determinar las características de la quemadura. Con cada cura se debe realizar otra valoración siguiendo los mismos patrones ya que se trata de una lesión dinámica y esta valoración condicionará su abordaje (3,11). No se han encontrado estudios que traten el papel de la/el enfermera/o durante el proceso de valoración de una quemadura.

La profundidad no es un determinante directo de la gravedad ya que algunas quemaduras de tercer grado conllevan una menor gravedad que otras de segundo grado mucho más extensas (12). La mayoría de las quemaduras son una mezcla de diferentes profundidades que incluso pueden continuar profundizando después de la lesión inicial (13). Se debe tener presente que para

concluir con un determinado diagnóstico de profundidad debe coincidir el aspecto de la lesión con la sensibilidad del paciente (12).

La Superficie Corporal Total Quemada (SCTQ) permite identificar el riesgo de complicaciones sistémicas. Los eritemas no deben ser considerados en el recuento ya que no comportan pérdidas hídricas significativas. Las quemaduras menores se caracterizan por una baja SCTQ (3).

La localización condicionará el mayor o menor riesgo de infección (manos o periné), las secuelas funcionales (zonas de flexión) y de afectación neurovascular distal (quemaduras profundas circulares en miembros) (3).

Durante los primeros auxilios, determinar el agente causal de una quemadura toma especial importancia. Hay que tener presentes las posibles complicaciones asociadas ya que las quemaduras eléctricas pueden desencadenar eventos cardíacos mientras que las provocadas por llama pueden acompañarse de compromiso respiratorio por inhalación de humos dejando así de categorizarse como menores

Tabla 3: FPS real según la cantidad aplicada de fotoprotector en todo el cuerpo

FPS indicado	FPS con 36g	FPS con 18g	FPS con 9g
15	15	3,9	2
30	30	5,5	2,3
50	50	7,1	2,7

Fuente: Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo (Asturias), Asociación Lúpicos de Asturias. Cómo prevenir los efectos nocivos del sol [internet]. Oviedo: Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo; Asociación Lúpicos de Asturias, 2009 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36183/Como+prevenir+efectos+sol.pdf/4d46f67f-b3fa-f204-16a5-d09b7ed75375>

Durante los primeros auxilios, determinar el agente causal de una quemadura toma especial importancia. Hay que tener presentes las posibles complicaciones asociadas ya que las quemaduras eléctricas pueden desencadenar eventos cardíacos mientras que las provocadas por llama pueden acompañarse de compromiso respiratorio por inhalación de humos dejando así de categorizarse como menores (3, 11, 12, 14).

Tras la valoración se podrá identificar el abordaje correspondiente, partiendo de la posibilidad de derivar al paciente a una atención hospitalaria si correspondiese tal y como se muestra en la Tabla 4.

Además de la extensión y profundidad se debe tener especial consideración con:

- Quemaduras de etiología eléctrica y química
- Quemaduras dérmicas profundas y subdérmicas ubicadas en zonas especiales (cara, cuello, axilas...) por la potencial limitación funcional de su cicatrización.
- Quemaduras dérmicas profundas de forma circular en tórax o extremidades que puedan suponer un compromiso respiratorio, vascular o nervioso.
- Presencia de comorbilidades que pudiesen agravar el proceso de cicatrización (diabetes mellitus, anticoagulación, inmunosupresión...)

- Siempre que existan dudas sobre la valoración o evolución.
- La infancia y la vejez son poblaciones excepcionalmente sensibles a las consecuencias de estas lesiones (3, 4).

Abordaje de una quemadura

La primera aproximación a una quemadura consistirá en medidas de primeros auxilios (3, 9, 15, 16)

1. En estos primeros instantes se debe priorizar el minimizar la exposición al agente causal a fin de frenar su acción. Una vez retirado al paciente del entorno hostil, si es posible y no se pone en riesgo la integridad de quien asiste (especialmente en las quemaduras químicas), se retirará la ropa y demás elementos que cubran la zona quemada salvo si estuviesen muy adheridos a la piel.
2. Se procederá a la refrigeración de la quemadura. Lo ideal son los apósitos de gel de agua, en caso de no disponer de los mismos estará indicada la irrigación, cobertura con gasas empapadas o si es posible inmersión, con suero fisiológico (SF) o agua potable de la zona quemada durante 20-30 minutos. De esta forma se perseguirá la eliminación del agente causal, la inhibición de sustancias proinflamatorias y la analgesia. El líquido estará a temperatura ambiente a fin de evitar la vasoconstricción secundaria al frío que

Tabla 4: Gravedad en función de extensión y profundidad y recurso para su abordaje

	Menor/Leve	Moderada	Grave
Epidérmica	100%	-	-
Dérmica superficial	10-15%	15-25%	>25%
Dérmica profunda	5-10%	10-20%	>20%
Subdérmica	< 3%	3-10%	>10%
Ancianos y niños	< 5%	5-10%	>10%
Abordaje	Atención Primaria	Hospitalización	Unidad de quemados

Fuente: Elaboración propia

incrementaría el daño producido por la quemadura. Es de especial importancia la irrigación en quemaduras de etiología química ya que deberá mantenerse continua a fin de restaurar cuanto antes el pH de la piel.

3. En caso de materia orgánica visible se deberá lavar suavemente con agua y jabón a excepción de los ojos. Posteriormente se secará sin frotar.

Tras estas medidas se realizará la valoración sistematizada para identificar la gravedad de la lesión. En función de esta, si cumple criterios de derivación, se procederá con el traslado urgente al centro que se precise. En caso de cumplir los criterios de "Quemadura leve", representados en la Tabla 4 se iniciará el abordaje correspondiente.

Cuando tiene lugar una quemadura epidérmica se pueden aplicar sustancias coadyuvantes (glicerina, urea, vitaminas liposolubles, colágeno...) encaminadas a la recuperación y el mantenimiento de la hidratación evitando con esto la sequedad de la piel, causante del prurito característico. Los corticoides tópicos solo se contemplan en caso de sintomatología refractaria pero presentan efectos adversos por lo que no deben prolongarse más de 48h (3). Se trata de una lesión autolimitada que se puede resolver sin ninguna intervención en 5-7 días sin secuelas. La aplicación de estos preparados va encaminada a un tratamiento sintomático.

En las quemaduras donde existe una solución de continuidad se han identificado como claves los siguientes aspectos a la hora del tratamiento:

- El dolor producido durante los procedimientos terapéuticos (curas, movilizaciones...) es agudo, de corta duración y a menudo de gran intensidad. La Cura en ambiente Húmedo (CAH), la analgesia sistémica y la protección de la piel perilesional han sido demostradas como técnicas analgésicas efectivas. La incapacidad de controlar el dolor es motivo de derivación al nivel hospitalario (3).

- Toda flictena ha de ser desbridada, excepto las que su diámetro sea menor de 6mm y no interfiera en el movimiento, en este caso sí que se contemplaría su reabsorción. La retirada de estas permitirá una buena accesibilidad a la lesión para una correcta absorción de los tratamientos tópicos, valoración y disminución de la inflamación y riesgo de infección (2, 3, 9, 17).
- A mayor SCTQ mayor es el riesgo de infección. La incidencia de infección en quemaduras menores es muy baja. No está indicado el uso de antimicrobianos tópicos ni sistémicos de forma profiláctica ya que el riesgo de los efectos adversos no compensa el beneficio, únicamente se utilizarán en lesiones con alto riesgo de infección o infección en curso (3, 17, 18).
- La cura seca o tradicional con una adecuada gestión del exudado se ha identificado como efectiva en este tipo de lesiones. Sin embargo, tiene como hándicap que la elevada frecuencia de las curas y la adherencia de los apósitos a la superficie lesionada retrasan el tiempo de recuperación. La CAH permite gestionar el exudado manteniendo un alto grado de humedad para favorecer la epitelización y distanciar las curas. En la actualidad no existen diferencias significativas sobre la efectividad clínica de un tipo de apósito sobre otro en lo que a la CAH respecta, por tanto, para la elección de éste se tendrá en cuenta el nivel de exudado, localización, adaptabilidad y piel perilesional. Los apósitos con mayor adaptabilidad, mayor fijación y menor adhesión en los bordes disminuyen el dolor y mejoran la piel perilesional (3, 4, 11, 15, 18-21). Gran parte de las opciones terapéuticas se muestran en la Tabla 5.

Toda flictena ha de ser desbridada, excepto las que su diámetro sea menor de 6mm y no interfiera en el movimiento, en este caso sí que se contemplaría su reabsorción

Tabla 5: Opciones terapéuticas para quemaduras atendiendo a dolor, exudado, infección y piel perilesional

Antibióticos tópicos	Sulfadiazina argéntica: línea si infección, curas 12h. Nitrofurazona: 2ª elección pero menor espectro, curas 24h. Bacitracina + Neomicina + Polimixina: curas 8,12 o 24h.
Antisépticos	Clorhexidina: amplio espectro y casi nulos efectos adversos. Miel: de uso sanitario, no alimenticia. Favorece epitelización. Plata: amplio espectro, segura, permite liberación prolongada
Hidrogeles	En primeros auxilios enfrían y alivian dolor. Favorecen el desbridamiento autolítico y evitan adherencia y desecación de otros apósitos. Precisan de cobertura secundaria.
Hidrocoloides	Indicados para fases avanzadas de recuperación. Cuanto mayor grosor de apósito, mayor absorción de exudado. Retirar cuando se forme habón de gel, si no, riesgo de maceración
Hidrofibras	Absorben en exudado hasta 30 veces su peso. Si adherencia a lecho de lesión, contraindicados por exudado insuficiente. Continuar curas si saturación por exudado y retirada fácil.
Alginatos	Absorben hasta 15-20 veces su peso. Poseen cierta capacidad hemostática. No rebasar bordes lesión para evitar maceración (carecen de absorción vertical propia de hidrofibras)
Espumas hidropoliméricas	Absorben hasta 10 veces su peso. Poseen película externa de poliuretano impermeable a contaminación. Otorga amortiguación a presión y mantiene humedad.
Siliconados	Característica presente en muchos apósitos. Adherencia mínimamente lesiva. Dificultades de adaptabilidad a determinadas localizaciones.

Fuente: Elaboración propia

La/el enfermera/o es quien realiza estas intervenciones y por lo tanto quien se encarga de maximizar el confort del paciente durante las mismas junto con una buena praxis encaminada al tratamiento más adecuado según la evolución de la lesión (3).

Discusión y conclusiones

La/el enfermera/o dispone de un fácil acceso aprovechando otros motivos de consulta a la valoración de la piel de los pacientes, es una ventaja que se debe aprovechar en favor de la detección precoz de posibles lesiones malignas, siendo un condicionante de un buen pronóstico en el caso de que se sucedan. Es por todo esto que en el presente documento se ha abordado el tema de la fotoprotección con mayor profundidad.

Actualmente en la práctica clínica se pueden encontrar actuaciones desechadas por las últimas evidencias. El binomio quemadura-sulfadiazina argéntica y la controversia

entre desbridar o no las flictenas son dos ejemplos significativos donde las últimas evidencias todavía no han llegado a tener el alcance deseado. No se recomienda aplicar antibióticos tópicos ni antisépticos a quemaduras que no presenten signos clínicos de infección o muy alto riesgo de la misma (1,3,17).

Hasta este punto la literatura científica es concordante, más una vez que se determina la existencia de infección real surgen las controversias sobre la utilización de antisépticos o antibióticos tópicos dado que las afirmaciones son variadas y dispares.

No se recomienda aplicar antibióticos tópicos ni antisépticos a quemaduras que no presenten signos clínicos de infección o muy alto riesgo de la misma

La sulfadiazina argéntica es el antimicrobiano más utilizado. Sin embargo, apósitos de miel (de uso sanitario) han obtenido muy buenos resultados en numerosos estudios por su efecto estimulante de la cicatrización, aunque sus efectos sobre el control de la infección han sido cuestionados (1).

Ante una infección, el arsenal de primera línea está compuesto por apósitos que contengan antiséptico mientras que la antibioterapia local se relega al último escalón terapéutico. Actualmente no hay evidencias suficientes que demuestren que los apósitos de plata son superiores en tasas de curación a la sulfadiazina argéntica. Tampoco existe consenso sobre la existencia de un apósito ideal (3). “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” (15).

Las afirmaciones de una mayor tasa de resistencias con el uso de la sulfadiazina de plata (16) pueden ser debidas a la reiterada aplicación en lesiones superficiales o de segundo grado y/o sobre biofilms incrementando sensiblemente los riesgos de generar resistencias. La reducción en la velocidad de cicatrización puede ser atribuida a un sesgo en la comparación con otros apósitos con propiedades sobreañadidas, como es la potenciación de la epitelización por la CAH.

Por todo esto se recomienda individualizar en función del caso y no sistematizar ninguna práctica ya que el nivel de evidencia es muy pobre.

El abordaje de las flictenas en la práctica clínica ha generado cierta controversia, también manifiesta en la literatura. Por una parte se postula la terapia conservadora, la cual expone que se han de mantener

íntegras con la finalidad de que se reabsorban. Y nada mejor que la propia piel para proteger frente a la contaminación y el dolor. En los casos en que la ampolla limite la funcionalidad esta ha de ser puncionada pero siempre conservando la propia piel cubriendo la herida.

En el otro extremo se encuentra el planteamiento que aboga por el desbridamiento. El exudado contiene sustancias proinflamatorias que junto con la presión que ejerce sobre las estructuras colindantes genera una zona de éxtasis vascular, derivando en la profundización de la lesión con el consiguiente aumento del dolor. La piel que recubre las flictenas es porosa a los microorganismos y dificulta el paso de los tratamientos tópicos al lecho de la lesión además de no permitir una correcta valoración de la quemadura. El líquido que contiene, al ser rico en proteínas se convierte en un buen medio de cultivo para los microorganismos. Si se punciona la flictena en un entorno aséptico controlado manteniendo una técnica estéril se garantiza la no infección, todo lo contrario al riesgo que supone que la ampolla se rompa en un entorno contaminado (2,3,15,17,22). Solamente se considera correcto no desbridar las flictenas durante la emergencia si hay que trasladar al paciente a un centro especializado. Y aún en este caso cabría una excepción: cuando la quemadura es de naturaleza química se deben desbridar cuanto antes (9).

La/el enfermera/o está capacitada para abordar la prevención y el tratamiento de las quemaduras menores e identificar las que precisen de una atención más especializada donde se disponga de recursos avanzados para su abordaje.

El presente artículo de revisión se muestra como síntesis de varios de los objetivos de una revisión mayor que abarca el abordaje de la prevención, tratamiento y secuelas de las quemaduras menores. La revisión ha tratado de apoyarse en las mejores evidencias recuperando bibliografía a nivel autonómico, estatal y mundial. Se considera interesante realizar futuras investigaciones rigurosas para valorar la costo-efectividad de los distintos materiales terapéuticos.

A modo de conclusiones se destaca que la/el enfermera/o está capacitada para abordar la prevención y el tratamiento de las quemaduras menores e identificar las que precisen de una atención más especializada donde se disponga de recursos avanzados para su abordaje.

La aplicación 15 minutos antes de la exposición de un protector solar FPS 50 en una cantidad equivalente a la palma de la mano para todo el cuerpo y la adopción de otras medidas de fotoprotección disminuyen sustancialmente las consecuencias a corto y largo plazo de las radiaciones UV. La educación para la salud es la estrategia más efectiva para minimizar los riesgos.

El dolor, la infección, el exudado, el estado de la piel y la necesidad de una continua reevaluación son los factores más condicionantes para el manejo de las quemaduras. Todo ello condicionará la utilización de los distintos materiales de cura para disminuir las molestias y favorecer el proceso de recuperación tomando como eje la CAH en los casos que exista solución de continuidad de la piel.

Bibliografía

1. Jiménez-Serrano R, García-Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [internet]. 2018 [acceso 15 de enero de 2019];29(1):45-51. Disponible en: <http://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2018/03/29-1-2018-045.pdf>
2. Ambrona-De Marcos V, Ramírez-Molinero R, García-Expósito J, Bañeres-Arguilés C, Marquilles-Bonet C. Tratamiento en las quemaduras de segundo grado basado en la evidencia científica. Aglnf [Internet]. 2017 [acceso 21 de enero de 2019];21(3):123-129. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6116255#>
3. Pérez-Boluda MT, Martínez-Torreblanca P, Pérez-Santos L, Cañadas-Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras [internet]. Sevilla: Artefacto; 2011 [acceso 27 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?i-dp=470>
4. Píriz-Campos RM, Martín-Espinosa NM. Cuidados de enfermería locales en las quemaduras [internet]. Rev ROL Enferm. 2014 [acceso 10 de marzo de 2019];37(2):89-92. Disponible en: https://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/17_Cuidados.pdf
5. Instituto Nacional del Cáncer. PDQ Prevención del cáncer de piel [internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2018 [acceso 2 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel/pro/prevencion-piel-pdq>
6. Valdivielso-Ramos M, Herranz JM. Actualización en fotoprotección infantil. An Pediatr. 2010;72(4):282.e1-282.e9. Doi:10.1016/j.anpedi.2009.06.013
7. Píriz-Campos RM, Martín-Espinosa NM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves [internet]. Rev ROL Enferm. 2014 [acceso 12 de marzo de 2019];37(2):100-109. Disponible en: https://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/28_Secuelas.pdf
8. Comisión Europea. Recomendación de la Comisión Europea, de 22 de septiembre de 2006, relativa a la eficacia de los productos de protección solar y a las declaraciones sobre los mismos [internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2006 [acceso 1 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN-ES/TXT/?uri=CELEX:32006H0647&from=EN>

9. Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo (Asturias), Asociación Lúpicos de Asturias. Cómo prevenir los efectos nocivos del sol [internet]. Oviedo: Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo; Asociación Lúpicos de Asturias, 2009 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36183/Como+prevenir+efectos+sol.pdf/4d46f67f-b3fa-f204-16a5-d09b7ed75375>
10. Servicio Andaluz de Salud. Guía de prevención y cuidados de las personas con quemaduras [internet]. Sevilla: Artefacto; 2011 [acceso 1 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/470/pdf/guia_personas_cuidadoras.pdf
11. Gallardo-González R, Ruíz-Pamos JG, Torres-Palomares RM, Díaz-Oller J. Estado actual del manejo urgente de las quemaduras (I) Fisiopatología y valoración de la quemadura [internet]. Madrid: emergencias. 2000 [acceso 22 de diciembre de 2018]; 13:122-129. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/estado-actual-del-manejo-urgente-de-las-quemaduras-i-fisiopatologia-y-valoracion-de-la-quemadura/force_download/
12. Protocolo de tratamiento de las quemaduras en atención primaria [internet]. FMC. 2010 [acceso 21 de marzo de 2019];17(3):7- 27. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-vol-17-num-s3-sumario-X1134207210X86297>
13. Wasiak J, Cleland H, Campbell F, Spinks A. Dressings for superficial and partial thickness burns [internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2013 [acceso 2 de marzo de 2019]; 3(CD002106). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002106.pub4/full>
14. Cabanela-López JM, Carrera JM, López-Peón M. Quemaduras [internet]. La Coruña: Fisterra. 2013 [acceso 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/quemaduras/>
15. Aladro-Castañeda M, Díez-González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras [internet]. RqR Enfermería Comunitaria. 2013 [acceso 26 de enero de 2019];11:12-17. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/invierno%202013/Revision_del_tratamiento_de_las_quemaduras.pdf
16. Jiménez-Murillo L, Montero-Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
17. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Qué no hacer en las heridas crónicas. Recomendaciones basadas en la evidencia [internet]. Logroño: GNEAUPP; 2018 [acceso 4 de enero de 2019]. Disponible en: <https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2018/11/GNEAUPP.DT14.NOHACER.pdf>
18. Norman G, Christie J, Liu Z, Westby MJ, Jefferies JM, Hudson T, et al. Antiseptics for burns [internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2017 [acceso 2 de marzo de 2019]; 7(CD011821). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011821.pub2/full>
19. Chanel L, André A, Chavoïn JP, Grolleau JL. Apósitos para las heridas agudas y crónicas. Panorama de los productos comercializados en Francia. EMC. 2014;22(2):1-9. Doi: 10.1016/S1634-2143(14)69322-5
20. Perdomo-Pérez E, Pérez-Hernández P, Flores-García OB, Pérez-Rodríguez MF, Volo-Pérez G, Montes-Gómez E, et al. Uso racional del material de curas (II). Cura en ambiente húmedo [internet]. BOLCAN. 2014 [acceso 24 de diciembre de 2018] ;6(3):1-8. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b6167f2d-a09b-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/BOLCAN_URMC_II_2.pdf
21. Roldán-Valenzuela A. Terapéutica local: clasificación de productos [internet]. Sevilla: Úlceras.net; 2018 [acceso 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monografico/119/106/terapeutica-local-clasificacion-de-productos.html>
22. Díaz-Santos A. Manual de primeros auxilios para enfermería. Madrid: Difusión Avances de enfermería (DAE); 2013.