

Recepción del gran quemado

CARMEN DE LA CALLE, AURORA BARRIOS, CRISTINA RAMOS, MARGARITA PLASENCIA
Centro de Quemados y Cirugía Plástica de Cruz Roja. Madrid

2º Premio al mejor trabajo de Enfermería presentado en el 1er. Congreso de la SEMES (Palencia)

1.- Introducción

1.1 - Objetivos

El objetivo de este trabajo, nace de la necesidad que sentimos de que el personal sanitario tome conciencia de la gran frecuencia con que los Servicios de Urgencias de los grandes Hospitales, e incluso los Centros de Salud reciben pacientes con quemaduras de gran extensión que ponen en peligro su vida.

Basándonos en nuestra experiencia y debido a que una parte muy importante de la función asistencial se realiza a través del personal de enfermería, trataremos de conseguir que obtengais una visión clara de toda la problemática que presentan los grandes quemados.

1.2. Definición de gran quemado

Al paciente adulto que sufre una quemadura que afecta a más del 20% de su superficie corporal, o al niño cuya superficie total quemada es mayor del 10%, teniendo en cuenta su grado y localización, se le denomina Gran Quemado.

Este término engloba a su enfermo de alto riesgo, quizás el de mayor riesgo en la atención quirúrgica hospitalaria. Esta afirmación se fundamenta en que, por término medio, entre los 4 y 6 meses que dura su estancia hospitalaria, pasa por la U.C.I., recibe varias operaciones quirúrgicas donde se le practican coberturas cutáneas mediante injertos y gran número de curas más o menos traumatizantes.

2.- Traslado del gran quemado a un Centro Especializado

Es imprescindible que el paciente vaya acompañado al menos de un médico o A.T.S. para vigilar la perfusión de líquidos, renovar la vía venosa si fuera necesario, mantener libres las vías respiratorias y controlar la administración de oxígeno.

El accidentado debe ir instalado de la forma más có-

moda posible, en una posición que favorezca la ventilación y retrase la formación de edemas; además debe ir bien abrigado para evitar la pérdida de calor.

La ambulancia es el método ideal para distancias cortas. Es importante ponerse en comunicación con el centro receptor para que tengan todo preparado a su llegada.

En cuanto a las lesiones, sólo se limpiarán y se cubrirán con ropa estéril para facilitar la valoración a su llegada al centro.

3.- Atención de Enfermería al gran quemado

3.1.- Cuidados inmediatos

La recepción del paciente se realiza en la sala de reanimación, la cual reúne una serie de elementos y condiciones óptimas como son la temperatura, humedad, iluminación y todo tipo de aparataje necesario para realizar una buena atención inmediata. Estos cuidados están basados en los problemas que puede presentar un gran quemado, los cuales estableceremos por el siguiente orden de prioridades.

3.1.1.- Problemas de amenaza vital

Que se derivan del porcentaje quemado y del lugar de localización, pueden plantearse:

- Muerte.
- Carbonización.
- Shock (hipovolémico, doloroso)
- Problemas respiratorios (Edema de glotis, Intoxicación por CO)

3.1.2.- Problemas reales:

- Quemaduras (localización)
- Edema (de las zonas especiales)
- Dolor, angustia, miedo y ansiedad

3.1.3.- Problemas potenciales:

- Pérdida de líquidos
- Dificultad respiratoria.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Alteraciones renales.
- Alteraciones cardíacas.
- Alteraciones pulmonares.
- Infección.

3.2.- Actuación de Enfermería

3.2.1.- El personal sanitario que atiende al accidentado debe ponerse bata, gorro, mascarilla y guantes estériles.

3.2.2.- Si las quemaduras afectan a cara y cuello y debido al posible edema de la zona o si el paciente ha inhalado humo, o sus vías respiratorias no son permeables, nuestra atención se dirigirá a establecer una vía aérea a través de aspiración bucofaríngea, seguida de administración de oxígeno con mascarilla. En caso necesario se procederá a preparar el material para la Traqueostomía o intubación.

3.2.3.- Cálculo de peso y control de constantes vitales.

3.2.4.- Valoración de la extensión y profundidad de las quemaduras. Para valorar la extensión de una lesión por quemadura, se han creado mapas corporales donde se dan valores porcentuales a las diferentes partes del cuerpo que lo forman. Parece ser que el mapa más exacto, es el plano de Lund y Browder.

En cuanto a la valoración de la profundidad, existen varias clasificaciones: una de las más empleadas es la de los tres grados dependiendo de los elementos dérmicos afectados.

3.2.5.- Punción venosa para la inserción de catéter, a ser posible en una vía central (Drum, Subclavia, Yugular), para la toma de P.V.C.

La canalización se realizará a ser posible en zona no quemada y al mismo tiempo extraeremos una muestra de sangre para Laboratorio.

Se iniciará la fluidoterapia con solución de Ringer Lactado al ritmo prescrito.

3.2.6.- Sondaje vesical conectado a un Urinómetro para control de las diuresis horarias. Toma de muestras para cultivo.

3.2.7.- Sondaje nasogástrico para prevención de la dilatación aguda del estómago que en el gran quemado suele producirse por simple distensión gaseosa o por acumulación de líquidos.

3.2.8.- Tratamiento de las quemaduras:

- Toma de cultivo.
- Limpieza de las quemaduras.
- Tratamiento oclusivo o en exposición dependiendo de la localización y estado general del paciente.

3.2.8.1.- TRATAMIENTO EN EXPOSICION.

Este método está indicado para tratar quemaduras de

cara, cuello, perineo y zonas extensas del tronco, ya que al formarse edemas si se hace vendaje oclusivo puede comprimir estas zonas.

Conforme va secándose la quemadura con el efecto del aire, el exudado forma una costra dura en dos o tres días que protege la lesión. Este tratamiento requiere un ambiente aséptico.

3.2.8.2.- TRATAMIENTO OCLUSIVO.

Indicando en casos de quemaduras de pies y manos. El procedimiento consiste en limpiar la zona lesionada y cubrirla con gasas vaselinadas para que no se adhiera a la quemadura. A continuación se aplica el agente indicando para el tipo de quemadura que se está tratando; se recubre con gasas y algodón suficiente para absorber el exudado y se procede al vendaje manteniendo el miembro en posición funcional.

Todas las curas y técnicas que se vayan a realizar requieren máximas medidas de asepsia debido al elevado riesgo de infección y sepsis al que está expuesto el gran quemado, ya que reúne una serie de características que le predisponen a la infección como son:

- Existencia de heridas abiertas con tejido necrótico y poco aporte sanguíneo.

- Hipoproteinemia, desnutrición y disminución de calorías.

- Alteración de las funciones inmunológicas.

- Tratamiento agresivos (Catéteres P.V.C., sondas urinarias, Traqueostomías).

3.2.9.- Analgesia y/o sedación.

3.2.10.- Profilaxis antitetánica.

Simultáneamente a todos estos pasos, informaremos al paciente de todos aquellos procedimientos y técnicas que le están siendo aplicados, pidiéndole en todo momento su colaboración.

Reflejaremos en una gráfica especial todos los datos de interés.

3.3.- Atención a corto plazo

Una vez que el enfermo ha sido trasladado a la UCI la atención de enfermería junto con el tratamiento médico debe ir encaminado a aplicar las medidas adecuadas para impedir la aparición del Shock y para prevenir las posibles complicaciones que puedan producirse en la fase aguda.

3.3.1.- Shock Hipovolémico.

Es el problema más acuciante al que nos enfrentamos durante las primeras horas del tratamiento del gran quemado.

Es debido a la extravasación del líquido intravascular al espacio intercelular con la consiguiente formación de edemas y pérdida de H₂O y Na en la circulación sanguínea.

Una fórmula válida y sencilla para la correcta rehidratación del paciente en las primeras 24 h. es:

Ringer Lactado = 3cc X peso en Kg X % S.T.Q.

De la cantidad total obtenida, la mitad se perfundirá en las primeras 8 horas. La otra mitad se repartirá entre las 16 horas restantes dividiéndola en dos períodos de 8 horas.

Los parámetros prácticos para valorar la respuesta son:

- Diuresis horaria.
- Hematocrito.

Toda esta reposición debe hacerse de forma muy minuciosa y controlada. Para ello, llevamos un balance horario con la entrada de líquidos y las pérdidas por diuresis, transpiración etc; así como un control horario de las constantes vitales y la medicación prescrita.

3.3.2.- Complicaciones en la fase aguda.

En esta fase los trastornos están agrupados primordialmente en el Sistema Circulatorio. Se produce a nivel de la zona de la lesión una alteración en la permeabilidad capilar, tanto mayor a mayor porcentaje de superficie quemada. Al aumentar la permeabilidad capilar arterial, falla la reabsorción del líquido Intersticial hacia los Capilares y la Presión oncótica atrae cada vez más agua, provocando el edema. Esto constituye un grave peligro ya que un sujeto puede perder hasta el 65%-75% de su Plasma en las 24 horas siguientes a la producción de la quemadura.

A consecuencia de esta hipovolemia, se ponen en marcha una serie de mecanismos de defensa: se produce Oliguria. En segundo lugar, al disminuir la sangre venosa que llega al Corazón, así como el volumen de expulsión, se produce una vasoconstricción periférica compensadora que provoca un aumento de la presión arterial seguida de una disminución progresiva y taquicardia. Posteriormente, la sangre al disminuir su contenido plasmático hace que se hemoconcentre.

Se produce anemia ya que por una parte se destruyen hematíes en la zona quemada; por otro lado, al disminuir el líquido plasmático, los glóbulos rojos se aglutinan en los lechos capilares. Así pues, se puede perder del 5 al 40% de la masa total de los glóbulos rojos con un promedio del 15%. Después de todos estos fenómenos, el or-

ganismo pone marcha una serie de respuestas metabólicas: Aumenta la producción de calor, perdiendo peso produciendo un balance nitrogenado negativo, movilización de grasa, aumento de tasas de Cloruro sódico.

Se provoca hiperglucemia por estimulación suprarrenal, disminución de la actividad metabólica y también por anoxia hepática inhibiendo la glucogénesis.

4.- Conclusiones

El tratamiento del gran quemado debe iniciarse de inmediato en el primer Centro Hospitalario donde sea asistido de urgencia.

La pérdida de líquidos, iones, proteínas, etc., se inicia rápidamente y por lo tanto resulta muchas veces vital el que esas pérdidas se restablezcan cuanto antes. Es primordial el que el transporte a largas distancias, no se efectúe de manera precipitada y sin que esté garantizada una correcta asistencia durante el mismo.

En general, en la evolución del gran quemado se pueden diferenciar dos fases muy definidas: En la primera fase, que se extiende durante las primeras 72/96 horas, predominan las pérdidas de agua, sodio, albúmina y su secuestro en tejidos no quemados. Es la fase de edema y de potencial riesgo de Shock o de fracaso renal. Durante este periodo, el tratamiento irá encaminado, a reponer equilibradamente las pérdidas y corregir las alteraciones bioquímicas que se produzcan. Si bien es verdad que existen fórmulas y cálculos orientativos sobre la cantidad y composición de líquidos a administrar, estas pautas no deben ser consideradas nunca como reglas fijas ya que la experiencia nos demuestra que muchas veces nos tenemos que alejar bastante de ellas. Sirvan como orientación para iniciar el tratamiento, especialmente cuando la primera asistencia se realiza en Centros no especializados.

En una segunda fase, los líquidos retenidos comienzan a retornar al torrente circulatorio, por lo que el edema va desapareciendo. Es una fase de importante riesgo aunque no nos referiremos a ella ya que no se tratará de manera tan inmediata.