

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## MANEJO DE LAS FLICTENAS EN EL PACIENTE QUEMADO

**Autor principal** ANTONIO JESÚS BAENA BRAVO

**CoAutor 1** JOSE ANTONIO DE LA CRUZ VILLAMAYOR

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

**Palabras clave** BLISTER

BURN

NURSING CARE

WOUND HEALING

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

**INTRODUCCIÓN.** Es frecuente dentro del colectivo enfermero las diferencias de opiniones existentes para abordar el manejo de las flictenas en las quemaduras de segundo grado. ¿Se debe dejar la flictena intacta, drenar la flictena o eliminar la cubierta de la flictena dejando la quemadura expuesta?

**OBJETIVO.** Brindar a enfermería de las pautas para el tratamiento inicial y abordaje de pacientes con presencia de flictenas en quemaduras dérmicas.

**MÉTODOS.** Se ha realizado un estudio observacional transversal bibliográfico de los trabajos recuperados mediante revisión bibliográfica.

**RESULTADOS.** Considerar el tamaño de la flictena, grosor de sus paredes y tipo de líquido. El desbridamiento previene la infección, acelera la

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos por la acción de diversos agentes físicos, químicos o biológicos que provocan alteraciones, las cuales varían desde un simple enrojecimiento hasta destrucción total de las estructuras afectadas. Estas lesiones pueden dejar severas secuelas invalidantes, funcionales y estéticas que causarán desajustes psíquicos, sociales y laborales serios durante toda la vida. La evaluación inicial de cualquier quemadura debe empezar por una detallada historia clínica, incluyendo la naturaleza y causa de la lesión, la historia de inmunización y otras condiciones médicas generales.

Constituye una de las primeras causas de morbimortalidad en niños. Se estima que un elevado porcentaje, alrededor del 85% de las quemaduras podrían evitarse. La mayoría se deben a descuidos, generalmente domésticos, aunque también como consecuencia de accidentes laborales o de tráfico. Los aspectos básicos a valorar en un quemado son: extensión ó superficie corporal quemada, localización, grado de profundidad y edad del paciente.

**Extensión**

A mayor extensión, peor será el pronóstico y mayor la gravedad de las quemaduras. Para hallar la extensión se pueden utilizar varios métodos:

- Regla del 1 o de la palma de la mano: la palma de la mano de la persona afectada equivale al 1% de su superficie corporal.

- Regla de los 9 de Wallace: consiste en asignar múltiplos de 9 a las diferentes zonas corporales. Se suman dichos múltiplos y obtenemos la superficie corporal afecta.

- Tabla de Lund-Browder para diferenciar la superficie quemada en edad pediátrica.

**Localización**

Las quemaduras conllevan mayor gravedad en zonas como la cara, cuello, genitales, pies, zona perianal y todas las zonas de flexión.

**Profundidad**

- Epidérmicas o superficiales de primer grado (tipo I): caracterizadas por la destrucción de la capa más superficial de la piel. Presentan aspecto eritematoso, no exudativo sin formación de flictenas, y dolor intenso. Típico de las quemaduras solares y escaldaduras.

- Dérmicas superficiales o segundo grado superficial (tipo IIa): afectan a la capa más superficial de la dermis. Es característica la formación de flictenas intactas, son muy dolorosas, exudativas (se conservan los folículos pilosos y las glándulas sebáceas) e hiperémicas.

- Dérmicas profundas o segundo grado profundas (tipo IIb): las lesiones se extienden a capas más profundas de la piel, quedando pocas células vivas. Son exudativas y con un marcado aspecto rojizo. Las terminaciones locales nerviosas están más dañadas por lo que son menos dolorosas, presentan flictenas y ampollas rotas.

- Subdérmicas superficiales (tipo III): su apariencia oscila entre el aspecto carbonáceo y el blanco nacarado. Son indoloras por la completa destrucción de las terminaciones nerviosas. Siempre son subsidiarias de tratamiento quirúrgico precoz.

- Subdérmicas profundas (tipo IV): son las quemaduras que sobrepasan espacio dérmico-epidérmico y dañan estructuras subyacentes (grasas, tendones, músculo y estructuras óseas). Son igualmente indoloras y subsidiarias de cirugía precoz.

El tratamiento general de las quemaduras incluyen: el valorar la permeabilidad de la vía aérea, reposición hidroelectrolítica en caso necesario, administración de analgésicos

y terapia antibiótica, vacunación antitetánica y valoración de colocar sonda nasogástrica y vesical.

Es frecuente dentro del colectivo enfermero las diferencias de opiniones existentes para abordar el manejo de las flictenas en las quemaduras de segundo grado. ¿Se debe dejar la flictena intacta, drenar la flictena o eliminar la cubierta de la flictena dejando la quemadura expuesta?

**OBJETIVO**

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se ha realizado un estudio observacional transversal bibliográfico de los trabajos recuperados mediante revisión bibliográfica.

Recopilación y elaboración de informe con los principales resultados encontrados en los trabajos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, atendiendo a variables de cicatrización, dolor, complicaciones y tratamiento.

La información se ha obtenido tras una búsqueda de los estudios publicados relacionados con el tema de estudio, a través de soporte informático MEDLINE del Index Medicus (PubMed), en el período de 2001 a 2014, en EMBASE, en la base de datos TESAURO, así como revisión bibliográfica más relevante manejada por otros autores y obtenida de originales y revisiones. Se han utilizado como descriptores las palabras: blister, burn, patient safety, wound healing, nursing care.

Para las citas bibliográficas se han tenido en cuenta las recomendaciones del Comité Internacional de Revistas Biomédicas (Normas de Vancouver). Idiomas de búsqueda: español e inglés.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

#### RESULTADO

Al revisar la bibliografía consultada, nos encontramos diferentes opiniones y criterios a la hora de plantearnos el tratamiento de las quemaduras con flictenas. No hay evidencias científicas respecto a si se ha de desbridar o puncionar. Hay autores que justifican la necesidad de desbridar siempre cualquier ampolla alegando que no se sabe la profundidad real de la lesión. Por el contrario, otros defienden la punción para extraer el líquido dejando la piel como barrera protectora. En otros casos se argumenta que es preferible dejarlas 48 horas evolucionar para valorar la necesidad o no de desbridar.

Numerosos estudios abogan por considerar el tamaño de la flictena para su abordaje. Las flictenas pequeñas inferiores a 6 mm pueden dejarse intactas, ya que no tienen tendencia a romperse espontáneamente, dañar el tejido subyacente o impedir la cicatrización. Las flictenas mayores de 6 mm deberían ser desbridadas, tienen una

mayor tendencia a romperse de manera espontánea, del mismo modo se previene la presión mecánica en los tejidos subyacentes y la exposición del lecho de la herida al fluido de la ampolla. El líquido de la ampolla es un factor de riesgo en la infección. La colonización, hace su aparición a partir de las 24-48 horas de producirse la quemadura; si se extrae este líquido precozmente no damos opción a que se produzca una infección. Del mismo modo, es importante valorar el tipo de flictena. Las flictenas con paredes muy delgadas deberían ser desbridadas porque tienen mayor riesgo a romperse y a aparecer en superficies pilosas, lo que incrementa el riesgo de infección. Las flictenas con paredes gruesas, como en el caso de las palmas de las manos y la planta de los pies, se pueden dejar intactas ya que presentan una menor tendencia a infectarse y su desbridamiento acarrea incrementos del dolor por la presión ejercida y limitación de la movilidad en los pacientes.

Existen autores que justifican el desbridamiento como estrategia para la prevención de la infección. Al eliminar el tejido no viable del lecho de la herida se disminuye el riesgo de infección. Del mismo modo, ayuda al personal sanitario a realizar una visualización adecuada del lecho de la herida y facilitar una valoración exacta de la profundidad de la herida para determinar el tratamiento adecuado.

El proceso de cicatrización de las heridas se ve favorecido en ausencia de tejido no viable. Por lo tanto, la retirada de dicho tejido ayuda a mantener el lecho en condiciones óptimas para su curación. Además, la presión que ejerce el líquido de la ampolla sobre la zona de estasis vascular hace que la irrigación sanguínea de los capilares sea menor y, por consiguiente, aumente la zona de coagulación, retardando el proceso de cicatrización. Se deberían proporcionar condiciones de ambiente húmedo mediante apósitos biosintéticos, biológicos o sintéticos para optimizar la cicatrización.

Considerar los resultados estéticos y funcionales. Las flictenas deberían ser desbridadas cuando su presencia impida la capacidad funcional, promoviendo una rápida cicatrización con un decrecimiento asociado de cicatrices anómalas. Los sustitutos temporales de la piel con matriz deberían ser utilizados en quemaduras de segundo grado para reducir la ocurrencia de cicatrices anómalas.

Para comodidad del paciente, las flictenas pequeñas pueden dejarse intactas como método natural para el control del dolor. Para optimizar su confort, utilizar apósitos biológicos, biosintéticos y/o sintéticos que requieran mínimos cambios de cura en las heridas desbridadas, incrementando la facilidad de los cuidados.

Al desbridar, se reduce el tiempo de curación, ya que al poner en contacto mayor superficie de la herida expuesta con los materiales de cura que empleemos, se maximiza el efecto de éstos.

Es preferible utilizar apósitos biosintéticos en las quemaduras de segundo grado desbridadas. Aunque pueden ser más caros en su adquisición, han demostrado reducir los costes globales debido a una cicatrización más rápida, una menor frecuencia en los cambios de apósito, mayor comodidad en los pacientes junto a un menor gasto en la utilización de fármacos contra el dolor.

#### DISCUSION

El primer problema de mantener íntegra una flictena y por lógica derrumba el resto de argumentos contrarios a desbridarlas es que no se puede saber si una flictena corresponde a una quemadura de segundo grado si antes no se ha desbridado. De lo contrario, el diagnóstico del grado de la quemadura es poco exacto. Es un error generalizado, creer que todas las flictenas corresponden siempre a quemaduras de la dermis. Algunos expertos aseguran incluso que corresponden a quemaduras dérmicas superficiales exclusivamente.

El diagnóstico de una quemadura se realiza por la clínica: color y sensibilidad (para explorar la sensibilidad es necesario retirar la flictena). Ciertamente con finalidad diagnóstica también se puede realizar una biopsia o recurrir a la técnica de colorimetría laser, pero son técnicas caras, que no se emplean como norma general ni en unidades de quemados.

Se ha expuesto como variable para desbridar o no una flictena, su tamaño (mayor o menor de 6mm), el grosor de las paredes, etc. Para ello se ha de disponer de instrumentos de medición de precisión, no considerándose viable disponer de estos instrumentos para clarificar la indecisión surgida.

Si no se puede diagnosticar la profundidad de la herida sin desbridarla, la lógica dice que se deben desbridar. Si la presión y las sustancias tóxicas que contienen en su interior son lesivas para las flictenas mayores de 6 mm, la lógica dice que también lo serán para las de menor diámetro. Si tienen las paredes finas, todas tienen tendencia a romperse (< 6mm y > 6 mm). Si tienen las paredes gruesas resisten más tiempo sin romperse, incluso si son mayores de 6 mm.

En las palmas de las manos y planta de los pies, generalmente la epidermis es más gruesa que en el resto del cuerpo. Ciertamente la flictena puede soportar más presión y permanecer más tiempo sin romperse, con todos los inconvenientes que eso supondrá para su buena evolución. Es extremadamente molesto andar con una flictena en la planta de los pies, lo que conlleva a una alta probabilidad de que se rompa.

Otro factor a tener en cuenta es que la mayoría de las flictenas se infectan por la propia flora saprofita (oportunistas) residente en las glándulas sudoríparas y folículos pilosebáceos. En las palmas y plantas no existen folículos pilosebáceos pero sí glándulas sudoríparas. Las flictenas ubicadas en estas zonas, por tener que soportar mayor presión, también suelen producir mayor dolor.

#### » APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Con esta comunicación se intenta consensuar y aplicar un protocolo de actuación a realizar con el paciente en este tipo de casos, minimizando riesgos, mejorando la calidad asistencial y dotando de base científica al personal sanitario.

#### » PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

- Rehabilitación y reintegración social, laboral, personal y emocional del paciente quemado.
- Infecciones.
- Apósitos.
- Cicatrización.

#### » BIBLIOGRAFÍA.

1. Shaw J, Dibble C. Best evidence topic report. Management of burns blisters. Emergency medicine journal. Agosto de 2006;23(8):648-9.
2. Sargent RL. Management of Blisters in the Partial-Thickness Burn: An Integrative Research Review: Journal of Burn Care & Research. Enero de 2006;27(1):66-81.
3. Payne S, Cole E. Treatment of acute burn blisters in unscheduled care settings. Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association. Septiembre de 2012;20(5):32-7.
4. Esteban S. Treatment of superficial second degree burn blisters: literature review from different points of view. Enfermería Clínica. Febrero de 2010;20(1):66-7.

