

ABORDAJE INICIAL DEL PACIENTE CON QUEMADURA POR PÓLVORA

El uso de pólvora tiene impacto a nivel mundial en la celebración de fiestas nacionales y culturales, pero la manipulación inadecuada genera lesiones serias, la mayoría de ellas, prevenibles.

DEFINICIÓN

Las quemaduras por pólvora produce lesiones que afectan la integridad de la piel y tejidos blandos. Se presenta como un conjunto de fenómenos locales y sistemáticos que tienen alto impacto en la morbimortalidad de los pacientes.

PREVALENCIA

Se estima que el 1% de la población colombiana presenta anualmente una quemadura que requiere hospitalización. En Colombia, durante diciembre del 2011 y enero de 2012, se registraron 559 casos de quemadura por pólvora, de los cuales el 36% era menor de 14 años. Con el uso de la pólvora, el 40% de las víctimas sufren quemaduras de tercer o cuarto grado, la población mas afectada son los pacientes jóvenes de sexo masculino y tiene un mayor impacto en las zonas rurales que urbanas. En cuanto a localización anatómica, las quemaduras por pólvora son mas frecuentes en mano y dedos, seguido por los ojos.

Las quemaduras por pólvora son consideradas como un tipo de quemadura térmica y su clasificación y manejo se realiza de acuerdo a esta consideración. Cuando los componentes químicos de la pólvora producen algún grado de afectación en el paciente, este requiere un manejo especializado en unidades de cuidado especializado.

CLASIFICACIÓN

El grado de lesión depende de la intensidad del efecto causante y la duración de la exposición al mismo

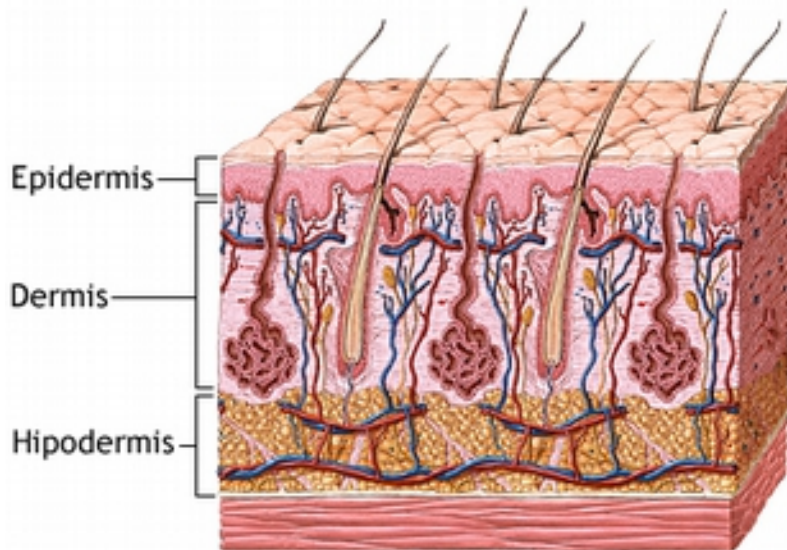
Grado I: Compromiso de la epidermis que no produce cicatriz ni cambios en la pigmentación y evoluciona con descamación en 7 a 10 días

Grado II: Compromiso de la dermis a diferentes niveles de profundidad.

- Tipo A: Superficial, se espera una cicatrización inferior a 14 días sin secuelas importantes
- Tipo B: Destrucción importante de la dermis. La cicatrización se produce posterior a 18 días y se forma un tejido cicatricial de mala calidad, con hipertrofia, queiloide, hiper o hipopigmentación y retracciones.

Grado III: Compromiso de toda la dermis, donde no habrá tejido dérmico o epidérmico para la epitelización. La cicatrización se produce por segunda intención donde se requiere desbridar el tejido, obtener tejido de degranulación e injertar.

Grado IV: Se presenta destrucción del músculo o estructuras oseas.

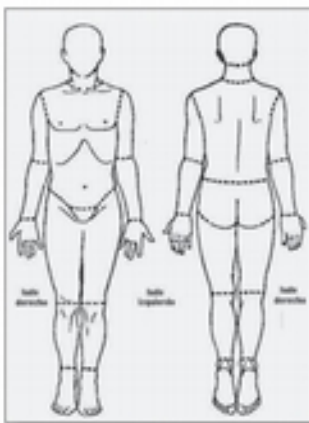


ADAM.

MANEJO

Valoración inicial: la valoración inicial del paciente quemado se enfoca en evitar que una lesión importante pase desapercibida. Usualmente el examen físico de estos pacientes es más difícil y dispendioso del que se realiza en una persona sin lesiones en la piel. La valoración inicial incluye:

- Evaluar signos vitales y calcular la escala de Glasgow
- Realizar examen físico completo
- Evaluar si existe quemadura por inhalación
- Determinar el requerimiento de procedimientos especiales o asociación a otras lesiones de alto impacto
- Calcular el porcentaje de la superficie corporal lesionada por la Regla de los nueves



Cabeza y cuello: 9%
Tórax anterior: (9x2) - 18%
Tórax posterior: (9x2) - 18%
Cada miembros superior: (9x2) - 18%
Periné: 1%
Cada miembros inferiores: (9x2) - 18%

Según esta regla se considera como quemadura menor si afecta menos del 15% de la superficie corporal, moderada entre 15 y 25% y mayor si es de más del 25%.

Intervención médica inicial: Cuando se ha completado la valoración inicial, se realizan las intervenciones medicas enfocadas en una reanimación adecuada, control del dolor y prevención de complicaciones. Para esto es necesario:

- Monitorizar signos vitales e iniciar la administración de líquidos endovenosos: En los pacientes con compromiso menor del 20% de la superficie de la piel determinado por la regla de los nueve, se puede hacer hidratación por vía oral y endovenosa. Un compromiso mayor requiere que la hidratación sea exclusiva por vía endovenosa y de ser necesario con dos vías de acceso venoso
- Iniciar control del dolor: Se encuentran indicados analgésicos potentes
- Administrar agentes antibióticos según el grado de contaminación de las heridas
- Realizar un adecuado lavado y enfriamiento de las heridas con abundante solución salina normal estéril a temperatura ambiente y cubrimiento de las mismas.
- Administrar toxoide tetánico
- Si las lesiones son en manos o pies, cubrir con gazas cada uno de los dedos de forma individual posterior al lavado

Algunos de los pacientes podrán requerir manejo quirúrgico, en unidades de cuidado especiales para quemados y unidades de cuidado intensivo. No es adecuado retardar una atención especializada cuando el paciente lo requiere.

Criterios de hospitalización y remisión: Las quemaduras leves se manejan de forma ambulatoria, lo que reduce las complicaciones como infección de la herida. Las indicaciones para hospitalizar o remitir a un paciente que tiene quemadura de pólvora son:

- Niños o adultos (< 5 ó > 50 años) con quemaduras profundas de más de 5%.
- Niños o adultos (< 5 ó > 50 años) con quemaduras superficiales de más del 10%.
- Adultos con quemaduras profundas de más del 10% o superficiales de más del 20%.
- Quemaduras de cualquier magnitud en pacientes con falla de un órgano
- Quemaduras por inhalación.
- Problemas asociados (maltrato)
- Quemaduras oculares.
- Quemaduras profundas (Grado III o B) de cara, cuello, manos, pies, genitales y áreas de flexión.

COMPLICACIONES

Las complicaciones mas frecuentes asociadas a la quemadura de pólvora son la infección de la herida, las alteraciones electrolíticas y el choque hipovolémico. El abordaje inicial del paciente garantiza el éxito de su recuperación y una menor tasa de complicaciones.



REPORTE DE LOS EVENTOS

Dado el impacto en la población por el uso de pólvora, el Instituto Nacional de Salud vigila los eventos con el fin de obtener información confiable y oportuna sobre las lesiones y sus factores de riesgo. Por tanto es obligación de los médicos el diligenciamiento de la ficha única de notificación.

La función de las IPS es dar un manejo integral, ya sea ambulatorio u hospitalario, de las quemaduras de acuerdo a su grado de complejidad. Parte de este manejo incluye el reporte de calidad de la información por medio de la notificación de los casos a la dirección local de salud y a la autoridad pertinente si son menores de edad.

Referencias:

- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Publica. Lesiones por pólvora. Junio 2014
- Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias – Tomo I. 3a Edición. Bogotá. 2009
- Canner, J. Haider,A et al. US emergency department visits for fireworks injuries, 2006 – 2010. journal of surgical research 190 (2014). p. 305 - 311