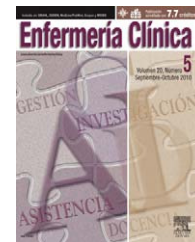




Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



CARTAS AL DIRECTOR

Respuesta a «Tratamiento de las ampollas en las quemaduras de segundo grado superficial. Revisión bibliográfica desde diferentes puntos de vista», de Esteban S.

Response to «Treatment of blisters in superficial second degree burns. Literature review from different points of view», by Esteban S.

Sr. Director:

Hemos leído con bastante atención el artículo escrito por Silvia Esteban¹ editado en la sección de «Enfermería Basada en la Evidencia» de su prestigiosa revista, titulado «Tratamiento de las ampollas en las quemaduras de segundo grado superficial. Revisión bibliográfica desde diferentes puntos de vista», en el que se hace una lectura crítica del artículo «*Management of blisters in the partial-thickness burn: an integrative research review*», publicado en 2006 por Sargent².

El modo de tratar las ampollas en las quemaduras de segundo grado ha sido una preocupación constante a lo largo de nuestro ejercicio profesional en atención primaria desde hace 25 años. Durante este tiempo hemos pasado de aplicar tratamientos empíricos a tratamientos basados en la evidencia y no estamos de acuerdo en aconsejar el desbridamiento de una flictena.

Entendemos que el tratamiento de una ampolla es mientras existe el epitelio superficial que recubre la dermis dañada y hay contenido líquido en su interior.

El paciente puede llegarnos con la flictena íntegra, con la flictena vacía por haber una pequeña fuga de la epidermis que la recubre, con un *scalp* de la epidermis o con la falta de la epidermis por un desbridamiento. En los últimos dos casos estamos hablando de una herida abierta, producida en ese caso por el efecto físico del calor, no del tratamiento de una ampolla.

Hemos revisado el artículo original de Sargent², y hemos podido observar que, de las 87 referencias bibliográficas,

solo una³ estudia el tratamiento de las flictenas, en lo referente a la infección y el dolor, mediante un estudio comparativo entre dejar la flictena intacta, drenarla o desbridarla. También habría que destacar un ensayo en cerdos sobre desbridamiento e infección de las ampollas por quemaduras, favorable a dejar las ampollas íntegras. Los otros 9 ensayos clínicos aleatorizados en humanos a los que se refiere Sargent son trabajos comparativos, de muestras reducidas, sobre cómo tratar la quemadura una vez eliminada la flictena, usando aloinjertos, sulfadiacina argéntica y apósitos que intentan sustituir la piel, haciendo referencia a marcas comerciales, lo que induce a pensar en conflicto de intereses. El resto de las referencias no son relevantes para el tratamiento de las ampollas.

En 2006 se publica también un trabajo realizado por Shaw⁴, que es una revisión bibliográfica sobre el manejo de las flictenas, desde 1966 a mayo de 2006, en Ovid MEDLINE. También busca en EMBASE, Cinahl y en Cochrane Library Issue, llegando a la conclusión de que el único artículo pertinente es el de Swain et al³ sobre cómo tratar las ampollas en las pequeñas quemaduras; concluye que las flictenas, siempre que sea posible, se deben dejar intactas para reducir el riesgo de infección, pero si la posición anatómica precisa intervenir sobre la flictena, la aspiración del líquido contenido parece ser mejor que el desbridaje, con respecto al dolor y la contaminación, sobre todo por *Staphylococcus aureus*.

En la guía de práctica clínica para la atención de las ampollas de pequeñas y medianas quemaduras propuesta por Sargent² al final de su trabajo, aconseja mantener el lecho de la quemadura húmedo (nivel de evidencia I, ensayos clínicos controlados aleatorizados) y desbridar las ampollas mayores de 6 mm (nivel de evidencia III, opiniones de expertos) para aplicar apósitos que mantengan húmedo el lecho de la herida.

Si como bien dice Esteban¹ en su comentario, «a lo largo del tiempo se han propuesto estrategias para favorecer la curación y para reducir los costes del proceso», y hasta hoy el único ensayo sobre cómo tratar las flictenas en humanos, sin aparentes conflictos de intereses, es el de Swain³, con una calidad de evidencia A y un nivel III (ensayos clínicos controlados y aleatorizados de muestra reducida, según la escala de evaluación de la evidencia de la Agencia Catalana de Evaluación de Tecnología Médica adaptada de Jovell et al. Aten Primaria. 1997;20:259-266)⁵, que aconseja dejarlas intactas, y en caso de necesidad, drenarlas; nos

Véase contenido relacionado en
DOI:10.1016/j.enfcli.2009.11.003

parece una incongruencia metodológica, sin un ensayo clínico más potente, aconsejar la conveniencia de desbridar las flictenas para aplicar un apósito que viene a sustituir el material que estamos retirando.

Bibliografía

1. Esteban S. Tratamiento de las ampollas en las quemaduras de segundo grado superficial. Revisión bibliográfica desde diferentes puntos de vista. *Enferm Clin.* 2010;1:66–7.
2. Sargent RL. Management of blisters in the partial-thickness burn: an integrative research review. *Journal of Burn Care & Research.* 2006;27:66–81.
3. Swain AH, Azadian BS, Wakeley CJ, Shakespeare PG. Management of blisters in minor burns. *Br Med J.* 1987;295:181.
4. Shaw J. Management of burns blisters. *Emergency Medicine Journal.* 2006;23:648–9.
5. Agustí Escasany A, Durán Dalmau M, Arnau de Bolós JM, Rodríguez Cumplido D, Diogène Fadini E, Casas Rodríguez J, et al. Tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca basado en la evidencia. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:715–34.

Manuel Carlos Cid-González^{a,*} y Castillo Alcón-Jiménez^b

^a *Centro de Salud de Gerena, Zona Básica de Salud de Guillena, Distrito Sanitario Sevilla Norte del Servicio Andaluz de Salud, Gerena, Sevilla, España*

^b *Residencia de Válidos de Heliópolis, Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosgerena@yahoo.es (M.C. Cid-González).

doi:10.1016/j.enfcli.2010.10.011

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Director:

Sin entrar en puntualizaciones sobre los diferentes tipos de apósito de que se dispone en la actualidad, es cierto que las recomendaciones para el tratamiento de las ampollas son variadas, desde dejar las ampollas intactas a eliminar la piel de la ampolla inmediatamente. Los partidarios de retirar las ampollas argumentan el procedimiento básicamente en estudios de laboratorio donde se muestra que el líquido de las ampollas tiene varios efectos potencialmente perjudiciales: efecto negativo sobre la quimiotaxis, presencia de metabolitos del ácido araquidónico que potencian la inflamación, inhibidores de la plasmina, deterioro de leucocitos polimorfonucleares y linfocitos, y potencial medio de cultivo para el crecimiento bacteriano. Contrarios a este posicionamiento, los autores que recomiendan dejar intactas las ampollas argumentan el incremento del dolor y la exposición a la colonización si se retira la flictena, aunque en los casos en que la presión de la ampolla limite el movimiento o la correcta oclusión, recomiendan abrirla y dejar el lecho de la herida cubierto por la piel resultante. Creo conveniente hacer unas consideraciones, tanto del propio artículo como del tema tratado: el manejo de las ampollas en las quemaduras de segundo grado superficial^{1,2}.

Ante la recepción de un paciente quemado, es esencial una evaluación exhaustiva que permitirá la elección del tratamiento más adecuado. La quemadura es un evento dinámico que puede cambiar su pronóstico en las primeras horas o días (la presión causada por el edema o la compresión de los vasos de la dermis pueden aumentar el grado de lesión inicial), por lo que la valoración clínica inicial puede ser inexacta hasta en el 30% de las ocasiones^{2,3}.

Referente a la profundidad, se han propuesto diferentes métodos para definir con precisión la gravedad de la herida (biopsias, ecografías, colorantes vitales, color de la herida,

alteraciones del flujo sanguíneo, etc.), pero por desgracia ninguna de estas técnicas ha demostrado ser mejor que las valoraciones clínicas seriadas efectuadas por un profesional con experiencia en quemaduras, que deben comprender: la valoración del aspecto (húmedo o seco), la coloración (rosada o blanquecina), la tracción del vello (resistencia a la tracción indicará superficialidad) y la sensibilidad (hiperestesia o disestesia), así como la evolución en las horas inmediatas para determinar con la máxima exactitud la profundidad real de la herida. Esto puede significar que una quemadura de segundo grado superficial pase a ser de segundo grado profundo, y en este caso se precisa, en muchas ocasiones, de una intervención quirúrgica para su total recuperación. Así pues, se hace necesario un examen de la zona afectada que debe comprender la determinación del tamaño, localización, profundidad y presencia de componentes circulares.

Este examen exhaustivo será posible si previamente se ha retirado el tejido desvitalizado que cubre la lesión, es decir, la flictena. Es obvio que el procedimiento debe llevarse a cabo desde la máxima asepsia y evitando al máximo prácticas dolorosas para el paciente^{2–4}, ya que, obviamente, se ha perdido la principal barrera contra la pérdida de agua y la infección. Es aquí donde cobra importancia el tipo de apósito y la técnica utilizada para llevar a cabo la oclusión, de manera que se garantice el mantenimiento húmedo del lecho de la herida maximizando las condiciones de asepsia y procurando el mínimo dolor y máxima funcionalidad para el paciente. Con el tratamiento adecuado de la herida, las quemaduras dérmicas superficiales suelen cicatrizar en 2–3 semanas sin riesgo de dejar cicatrices y, por lo tanto, no requieren cirugía, tal como explica Esteban en el artículo de Sargent⁵. Es cierto que otorga un nivel de evidencia 3 a dejar intactas las pequeñas quemaduras (menores de 6 mm), sobre todo las de manos y pies, con base el grosor de la epidermis dañada y el dolor que supondría su desbridamiento para el paciente. Con el mismo nivel de evidencia recomienda desbridar las ampollas de mayor tamaño, ya que pueden romperse con más facilidad y la presión ejercida en el lecho