

Atención a las quemaduras menores

Las quemaduras menores, aunque no requieren la derivación a A Especializada, nunca deben ser consideradas como insignificantes; cualquier quemadura puede evolucionar mal y originar problemas.

CLASIFICACIÓN:

Es de suma importancia determinar cuándo un paciente con quemaduras debe ser derivado o cuándo podemos tratarlo en atención primaria. La clasificación de las quemaduras en menores, moderadas y mayores facilita esta decisión. Para realizar esta clasificación es necesario realizar una correcta determinación de la **profundidad**, **extensión** y **localización** de las quemaduras, así como comorbilidades del paciente.

La clasificación tradicional en 1er, 2º y 3er grado está siendo reemplazada por la siguiente terminología.

Valoración de la profundidad de las quemaduras

Considerar la causa de la quemadura (ej. llama, escaldadura, contacto con objeto caliente, etc.)

- Preguntar si la quemadura es dolorosa (indicativo de profundidad)
- Examinar los cambios de color de la piel y la presencia de ampollas:
 - o **Quemadura superficial epidérmica** (1er grado): piel roja y dolorosa pero no hay ampollas.
 - o **Quemadura superficial con penetración parcial** (2º grado superficial dérmica): piel pálida y rosada, dolorosa y con ampollas.
 - o **Quemadura profunda con penetración parcial** (2º grado que afecta a la profundidad total de la dermis): apariencia seca o húmeda, varios colores, con manchas rojas; puede ser dolorosa o no y puede haber ampollas y/o flictenas.
 - o **Quemadura de espesor total** (3er grado que afecta al total de la dermis, tejido celular subcutáneo incluso más profundo): totalmente seca, el color puede variar de blanco, marrón o negro, no hay ampollas ni dolor; textura apergaminada.

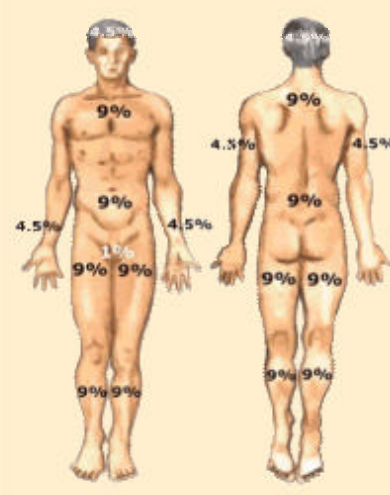
La mayoría de las quemaduras muestra una mezcla de diferentes profundidades, por lo que hay que valorarlas de acuerdo con la zona más profunda. Si el médico de AP tiene dudas en la valoración de una quemadura, debe remitir al paciente para valoración en A Especializada.

Valoración de la quemadura según localización y extensión

En la valoración de la extensión no se tendrán en cuenta las quemaduras superficiales, solo se tendrán en cuenta las superficiales con penetración parcial o más profundas. El método más conocido es la regla de los nueve de Wallace, de utilidad en adultos y para una rápida valoración. En niños y cuando se precise mayor exactitud, se debe utilizar el método de Lund y Browder.

Tabla 1. Tabla Lund & Browder (reducida).

Edad en años	0	1	5	10	15	adulto
Cabeza	9%	8%	6%	5%	4%	3%
Muslo	2%	4%	4%	4%	4%	4%
Pierna	2%	2%	2%	3%	3%	3%



Quemadura menor (quemadura susceptible de ser tratada en AP): Según la American Burn Association, se consideran quemaduras menores :

- Quemaduras superficiales con penetración parcial < del 10% de la superficie corporal en pacientes de 10 a 50 años.
- Quemaduras superficiales con penetración parcial < del 5% en pacientes menores de 10 o mayores de 50 años.
- Quemaduras de espesor total < del 2%.

Quemaduras que deben ser derivadas a A. Especializada

- Quemaduras profundas con penetración parcial y quemaduras de espesor total.
- Quemaduras dérmicas con penetración parcial > del 10% en pacientes de 10 a 50 años.
- Quemaduras dérmicas con penet. parcial > del 5% en pacientes < de 10 o > de 50 años.
- Quemaduras dérmicas superficiales que afecten a cara, manos, pies, perineo, genitales o cualquier pliegue, particularmente cuello o axila, o quemaduras circunferenciales de extremidades, torso o cuello.
- Infecciones concomitantes, episodios sépticos o indicio de shock tóxico.

- Quemad. por inhalación, eléctricas, químicas y si sospecha de quemadura no accidental.
- Coexistencia de otros problemas médicos concomitantes o mujeres embarazadas.

TRATAMIENTO DE QUEMADURAS MENORES EN AP (pasos a seguir):

1. **Asegurarse de que la quemadura ha sido adecuadamente valorada** (tipo, extensión, profundidad) es susceptible de tratamiento en AP y no requiere derivación.
2. **Irrigación:** si no han pasado más de 20 minutos, es conveniente irrigar la zona quemada con agua del grifo tibia entre 10 y 30 minutos (60 minutos si quemadura química)
3. **Limpieza de la quemadura:** Actualmente, se recomienda la limpieza con suero fisiológico o agua del grifo tibia pudiendo añadir jabones suaves. Se desaconseja el uso de antisépticos ya que pueden inhibir el proceso de curación.
4. **Desbridamiento:** se debe retirar con pinzas cualquier tipo de tejido necrótico o “no viable”, porque podría ser un foco de infección.
5. **¿Qué se debe hacer con las ampollas?:** Se recomienda, siempre que sea posible, no tocarlas y considerar, siempre usando una técnica aséptica, la aspiración de grandes ampollas o ampollas situadas en zonas delicadas (articulaciones, pliegues, etc.)
6. **Vendaje:** Cubrir con apósitos no adherentes (apósitos hidrocoloides, apósitos de gasa parafinada, lámina de poliuretano, apósitos de nylon recubiertos de silicona). No existe consenso en qué tipo de apósito es el más indicado. Debe valorarse el uso de hidrogeles en quemaduras no limpias. No se recomienda el uso de apósitos impregnados con antimicrobianos ni de cremas antimicrobianas como la sulfadiacina argéntica, etc.... Tampoco es recomendable el uso de otro tipo de cremas, ya que interfieren en la subsiguiente valoración de la herida y no aportan beneficios clínicos.
7. **Prescribir analgesicos:** Se debe administrar a dosis suficiente, Paracetamol o Ibuprofeno. Considerar añadir Codeína si fuera necesario.
8. **¿Se debe administrar tratamiento antibiótico?:** El uso rutinario de antibióticos (tópicos u orales) para quemaduras superficiales no disminuye la infección ni aumenta el índice de curaciones. La higiene básica en las curas y su realización con la frecuencia apropiada ayudarán a prevenir la infección.
9. **¿Con qué frecuencia debe revisarse un paciente con una quemadura menor?**
 - Primera revisión a las 24 – 48 horas (revaloración, exudado, signos de infección, etc.). Posteriormente, cambio de apósito cada 3 – 5 días (según el tipo de apósito utilizado)
 - Deben revalorarse y considerar la (remisión al especialista aquellas quemaduras menores que no curen en 2 – 3 semanas.

10. ¿Qué hacer ante sospecha de infección de una quemadura?

Ante sospecha de infección: herida que produce discomfort, dolorosa, maloliente, signos de celulitis, o fiebre, se debe:

- Tomar muestra para cultivo.
- Lavado abundante de la herida con suero fisiológico.
- Prescribir empíricamente antibióticos a dosis suficiente para asegurar la adecuada penetración tisular: Cloxaciclina (de elección), Eritromicina (si alergia a penicilina) o Claritromicina. El tratamiento atb. debe mantenerse durante 7 días inicialmente, pudiéndose cambiar según el cultivo o alargar, si no hay mejoría evidente.

11. Revisar el estado vacunal del paciente contra el tétanos y actualizarlo

12. Prevención de cicatrices e hiperpigmentación

Se recomienda el uso de cremas hidratantes 2 – 3 veces al día, una vez curada la quemadura, así como la protección solar durante 6 – 12 meses.

Conflicto de interés

No declarados.

Autores

- Francisco Beneyto Castelló
Centro de Salud de Manises. Valencia.
[Grupo de Trabajo Cirugía Menor de la SVMFiC](#)
- Francisco Ortiz Díaz
Centro San Vicente I, Alicante.
[Grupo de Trabajo Cirugía Menor de la SVMFiC](#)

Autor para correspondencia

- Francisco Beneyto Castelló
E-mail: pacobeneyto@hotmail.com

Bibliografía

1. Clinical Knowledge Summaries [database on the Internet]:[1-50].
<http://www.cks.library.nhs.uk/burns>
2. NZGG (2007) Management of burns and scalds in primary care. Evidence-based best practice guideline. New Zealand Guidelines Group.
<http://www.nzgg.org.nz/>
3. Treatment of minor thermal burns [database on the Internet]:[1-13].
<http://www.utdol.com/online/content/topic.do>
4. Management of burns and scalds in primary care. Eric D Morgan. [database on the Internet]:[1-8].
<http://www.guideline.gov/summary.aspx>
5. Wasiak J, Cleland H. ¿Cuáles son los efectos de los tratamientos para las quemaduras térmicas menores? Evidencia clásica concisa. 5ª ed. Londres 2007; 95-97.
6. Morgan E, Bledsoe S, Barker J. Ambulatory Management of Burns. Am Fam Physician 2000;62:2015-26, 2029-30,2032.