

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil — Director: Prof. Dr. R. B. Yannicelli

QUEMADURAS EN EL NIÑO (*)

Estadística

Dra. Elida Murguía de Roso (**)

En 1957 presentamos a las XV Jornadas Pediátricas realizadas en Melo (Dpto. de Cerro Largo) un estudio sobre el movimiento de niños quemados del Servicio de Cirugía en un período comprendido el 1º de enero de 1954 y el 31 de octubre de 1957.

Hoy vamos a actualizar dicho trabajo con el fin de conocer cual es en el momento actual el balance y los resultados de la asistencia del niño quemado.

Una breve reseña nos permitirá refrescar los datos obtenidos en aquel momento con la colaboración del Br. D. Micol.

Se registraron 417 ingresos cuyas edades fueron desde 2 horas hasta 14 años. 66 de ellos tenían de 0 a 1 año.

1954	—	104
1955	—	115
1956	—	105
1957	—	93 (al 31/X/)

En general las quemaduras son de 1º y 2º grado, en los grandes quemados por líquidos las hay de tercer grado y aún más profundas en los quemados por fuego.

El cálculo de la superficie quemada se hace en la forma más sencilla siguiendo el esquema de Wallace, que emplea el 9 o sus múltiplos. (Fig. 1).

El mayor número de ingresos se produjo (Fig. 6 bis) en los meses de invierno y en los de diciembre-enero, lo que se explica en

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 25 de abril de 1961.

(**) Larrañaga 2926. Montevideo - Uruguay.

Respecto a la etiología se han encontrado las más diversas causas, pero el agente predominante es el agua y otros líquidos (leche, caldo, aceite o grasa, dulce) en menor proporción. En la gráfica puede verse como el agua se destaca netamente como causa de injuria. (Fig. 2).

Luego viene el fuego asociado a la explosión de un primus, damajuana etc. ocasionando heridos. (Fig. 2, columna 5).

Otros elementos menos frecuentes son los productos químicos entre ellos el error relativamente frecuente de instilar tintura de iodo en lugar de las gotas nasales oscuras de "Protanil".

Este grave error lo hemos observado en salas de lactantes y en clientela privada.

El edema rápido e intenso de la rinofaringe puede dar serios

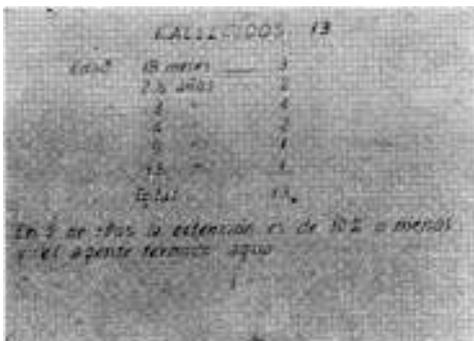


Fig. 3. — Fallecidos sobre 417 casos internados. Obsérvese la importancia de la edad.

trastornos respiratorios que deben ser vigilados de cerca e imponer la traqueotomía. Generalmente ceden con instilaciones de suero fisiológico al que se le echan unas gotas de adrenalina.

También hemos visto quemaduras por iodo en recién nacidos a los que se aplicó la tintura en la región umbilical.

Las lesiones por ingestión de cáusticos son de relativa frecuencia y de graves consecuencias. La ingestión de diversos productos de limpieza que contienen soda y que imprudentemente se colocan en botellas de bebidas populares al alcance de los niños da origen a graves quemaduras del esófago cuyas complicaciones y secuelas son terribles: estenosis y perforaciones espontáneas o en el curso de dilataciones.

Las salpicaduras de cal viva cuando afectan la córnea pueden dar lesiones que afectan la visión. Cuando el niño cae dentro de los preparadores de cal de la construcción sufre graves quemaduras e inclusive la muerte.

En la adolescencia los niños —a veces estudiantes— se

sienten animados de un espíritu aventurero o investigador exacerbado por la lectura de tantos episodios que el cine y la televisión condimentan con el suspenso, y lo que es más triste a veces son víctimas de atentados criminales de origen gremial o político. La explosión de pequeños laboratorios, de pólvora o de cohetes y fuegos artificiales en los festejos tradicionales de fin de año dejan muchas víctimas con graves quemaduras.

Los hidrocarburos —querosene, aguarrás, nafta— derramados sobre la delicada piel del niño le ocasiona quemaduras de 2° grado.

En el verano se observan quemaduras de 1° y 2° grado generalmente acompañadas de hipertermia.

Es frecuente que en los picnics los niños descalzos pisen fogones aparentemente apagados ocasionándose quemaduras en los pies.

Todavía hay madres que sientan sus niños —que padecen de enuresis— sobre ladrillos calientes produciéndole graves quemaduras del periné.

La electricidad ya sea industrial o atmosférica ocasiona graves accidentes. En este caso el shock eléctrico inmediato acompañado de paro respiratorio y cardíaco adquiere caracteres dramáticos, y si el paciente tiene la fortuna de escapar al accidente inicial presenta en los puntos de entrada y salida de la corriente quemaduras poco extensas pero profundas con zonas de necrosis de partes blandas y óseas y aún trombosis vasculares.

En esta estadística no está incluido —por haber llegado ya fallecido al servicio de Puerta— un niño de 10 años que remontando una cometa, ésta se enredó en los cables de la red eléctrica de la calle y al querer sacarla sufrió una gran descarga que le produjo la muerte.

Hemos visto otros niños que sobrevivieron a accidentes del hogar —descargas por tocar enchufes, portátiles, planchas etc.

En 1955 ingresó un niño procedente del interior que al intentar cruzar un alambrado durante una tormenta eléctrica fue alcanzado por un rayo. Sobrevivió al accidente y se observaba a lo largo de la línea media dorsal la marca del alambrado así como los cabellos chamuscados. Evolucionó bien.

Por último en gran número de enfermos no quedó registrada la causa del accidente.

En esta serie de 417 quemados murieron 13. (Fig. 3). Solamente dos eran niñas mayores una de 9 y otra de 13 años. Grandes quemaduras por fuego en quehaceres domésticos.

Los restantes muestran un hecho paradójal, en su mayoría

no eran grandes quemados. En efecto 5 tenían quemaduras del 10 % o menos y el agente lesional fue el agua, pero dato importante la edad era entre 1 y 3 años. La causa de muerte fue: diarrea, vómitos, fiebre y convulsiones, exantema escarlatiniforme ¿estafilococcia?

Todos estos signos son pues de mal pronóstico y deben ser pesquisados y tratados intensamente desde el comienzo.



Fig. 4. — Gráfica de los ingresos por año, durante 7 años.

Otro síntoma de grave valor pronóstico son las hemorragias del tubo digestivo como manifestación de stress, hematemesis y melenas copiosas y repetidas.

Actualmente se repite el hecho señalado por nosotros en 1957 muere un alto porcentaje de niños con pequeñas quemaduras pero de corta edad. Este hecho se repite también en el interior del país.

Esto significa que debe ajustarse el cuidado del niño pequeño con quemaduras insignificantes quizá subestimadas por los médicos tratantes y por eso menos controlados que los grandes quemados.

Ahora veremos la actualización de esta estadística hasta el 31 de diciembre de 1960, vale decir 7 años en total.

El total de ingresos fue de 790 quemados.

En cuanto a la etiología predominan los líquidos calientes,

en particular el agua. Existe un ligero predominio de los varones sobre las niñas.

Respecto a la edad, es evidente el predominio entre 1 y 3 años, y es muy importante la cantidad de niños quemados por debajo del año y aún en los primeros meses o días de vida. Esto significa desde el punto de vista social —ya que el niño no tiene aún desplazamiento propio— las graves imprudencias que se repiten a diario en el hogar. El gran contingente de niños que-

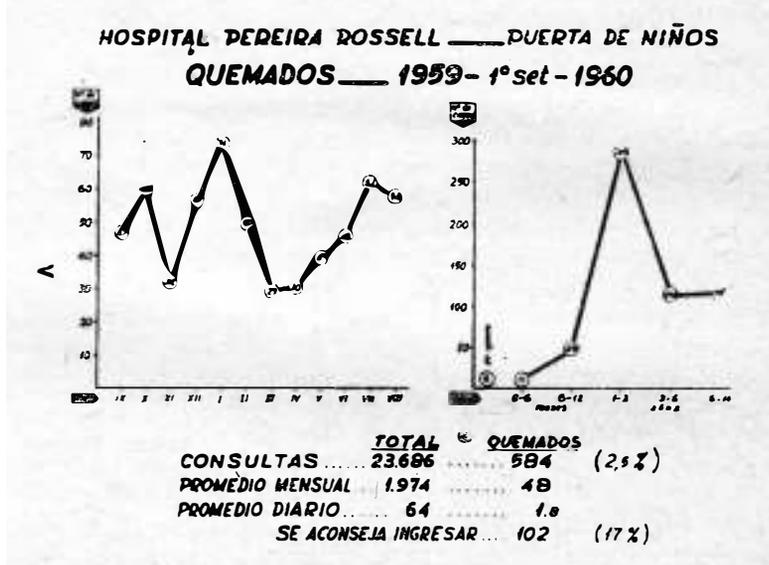


Fig. 5. Movimiento de la Puerta de Niños durante un año. Complementétese con la lectura del texto.

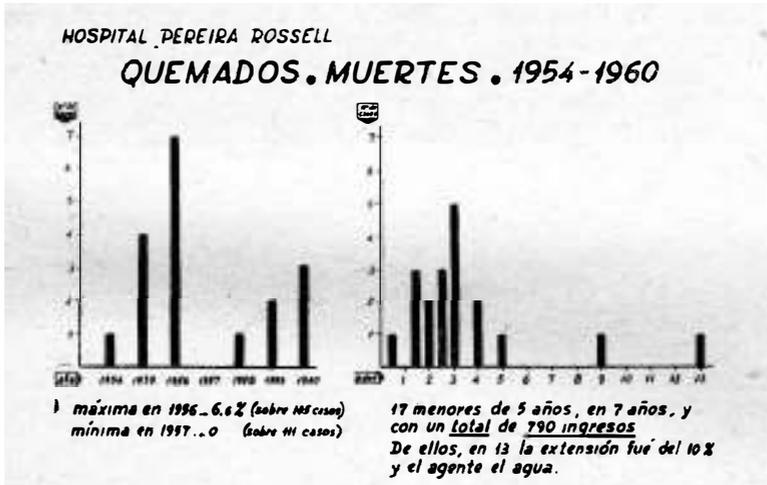
mados entre 1 y 3 años se explica por los desplazamientos propios de la edad, cuando el niño, aún no conoce bien los peligros y por la falta de disciplina hogareña de ponerlos en un cajón o corral fuera del alcance de elementos peligrosos. Como el niño llora y se encapricha se lo deja suelto o en peligrosos andadores con los cuales recorre la casa, tirando de manteles, servilletas, cacerolas, primus, etc.

Es necesaria la divulgación de las cifras de niños quemados y aún la ilustración con fotos de niños gravemente quemados o fallecidos que hagan conocer a la población por medio de la prensa, radio, televisión, escuelas, afiches colocados en vehículos de transportes, gotas de leche, etc. a fin de hacer conocer los graves peligros que las pequeñas o grandes imprudencias pueden aca-

rear, protegiendo al niño y haciendo ver que es preferible que lloren en un corral hasta que se adapten y no en el hospital.

Se dice y se cree que como la mujer trabaja fuera del hogar el niño queda más descuidado pero no es así, la mayoría de los niños se accidentan cuando está la madre que con él en brazos o prendido de sus polleras hace sus quehaceres.

La mala costumbre de colocar en el suelo recipientes con agua, leche, etc. también causa numerosos accidentes ya que el niño al venir corriendo o caminando hacia atrás caerá sentado



TOTAL MUERTES 19 • MORTALIDAD 2,5%

Fig. 6. — Estudio de la mortalidad por años y por edades. Se registraron 19 muertes sobre 790 ingresos, durante 7 años. Hasta los 3 años de edad fallecieron 14, muchos de los cuales eran pequeños quemados por agua. Causa de muerte: hipertermia, convulsiones, estafilococcias, diarrea, vómitos.

dentro del recipiente. Por lo menos uno de nuestros fallecidos se quemó en esta forma.

Como dijimos en 7 años ingresaron 790 quemados lo que da más de 100 niños por año. (Fig. 4).

Pero solamente una parte —el 17%— de los niños que consultan por quemaduras ingresan, por eso hemos creído oportuno comparar la cifra de ingresos con la del número de consultas en la Puerta de Niños del Hospital Pereira Rossell. (Fig. 5).

En el año comprendido entre —1959-1º de setiembre de 1960— se evacuaron 23.686 consultas, de las cuales 584 correspondieron a niños quemados (consultaron también adultos pero

no están incluidos). Es decir que el 2.5 % de las consultas corresponden a niños quemados. En la fig. 5 izq. puede observarse que el máximo de consultas fue en el mes de enero: 74; le sigue julio: 62 y el mínimo en marzo: 29. Desde enero la curva baja progresivamente hasta marzo, luego asciende en el invierno, y baja en primavera. (Véase también fig. 6 bis).

Las quemaduras solares y los festejos de fin de año influyen en el aumento de la curva de enero.

En la gráfica puede observarse además el promedio del movimiento de la Puerta de Niños.

	Consultas	Quemados
Promedio mensual	1.974	48
Promedio diario	65	1.8

De los 584 niños quemados que consultaron en el año a 102 se les aconseja ingresar (17 %).

No todos ingresan en el servicio de Cirugía de Niños, al-

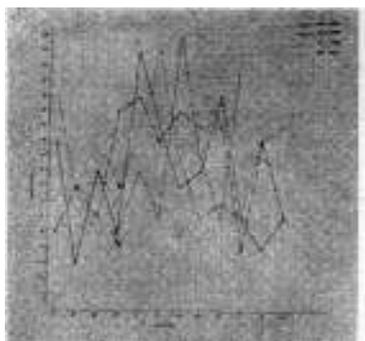


Fig. 6 bis. — Ingresos por quemados según los meses (años 1954-55-56-57).

gunos se niegan, o van a diversas mutualistas, por falta de camas se los envía a veces al Hospital Pedro Visca, o por falta de técnicos van al Hospital de Clínicas (quemaduras de los ojos) etc.

En la fig. 5 der. se hace un estudio comparativo de las edades.

De los 584 quemados —289 tenían entre 1 y 3 años de edad; 60 de 0— 1 año o sea que 349 niños entre 0 y 3 años consultan por quemaduras.

Es realmente alarmante el número de accidentes —léase imprudencias— que acechan al niño en una etapa de su vida en que necesita máxima protección.

Después de los tres años la curva desciende rápidamente pero no progresivamente sino que se estaciona y el número de quemados entre 3-6 años es igual a la de 6-14. Es decir que el niño

crece y tiene uso de razón pero paralelamente aparecen otras causas de riesgo, que hemos mencionado al principio.

Finalmente nos queda por analizar la mortalidad. (Fig. 6).
De los 790 ingresos en 7 años, fallecieron 19 (2.5 %).

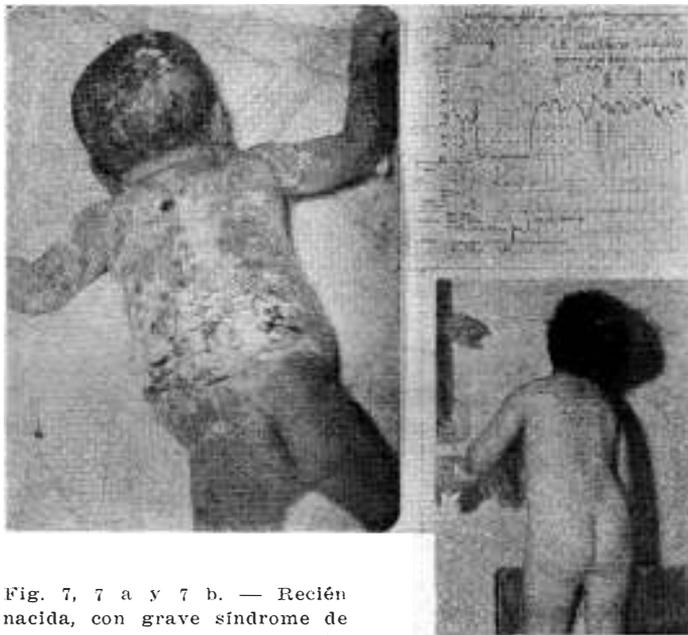


Fig. 7, 7 a y 7 b. — Recién nacida, con grave síndrome de asfixia, sumergida en un baño de agua hirviendo. Ingresa a las 2 hs. Quemaduras de 2º y tercer grado que toman el 50 %. Síndrome de insuficiencia renal aguda. Cura al aire y rayos infrarrojos. Obsérvese en la fig. 7, la caída del cabello. Alta a los 20 días. Finalmente la misma niña a la edad de 3 años.

La máxima mortalidad (fig. 6 izq.) fue en 1956 en que fallecieron 7 niños sobre 105 (6.6 %) y la mínima en 1957 —0— sobre 111.

Volveremos sobre el año 1957 más adelante.

En la fig. 6 der. se analiza la edad de los niños fallecidos.

De los 19 corresponden 17 a la edad hasta 5 años y de éstos 14 hasta los 3 años.

Repetimos que 13 fueron quemados menores del 10 %, con agua. Volviendo al año 1957 en que la mortalidad fue 0 mostraremos el caso de A. R. niña que ingresó a las 2 horas de haber

nacido. Correspondía al XVI embarazo de una madre con cargados antecedentes de mortalidad fetal o perinatal.

La niña nació con un grave síndrome de asfisia y la partera solicitó un baño con agua caliente, le fue ofrecido el baño con agua hirviendo y sólo al sentir el calor a través de los guantes de goma se percató de la temperatura del agua.

Como se ve en la foto la niña era una enorme flictena que tomaba desde la cabeza hasta los miembros inferiores, estaba además muy infiltrada y con intensa cianosis. Se le colocó desnuda boca abajo en una cama con sábanas estériles, oxígeno, una pequeña transfusión, se sedó por vía (sonda gástrica) digestiva con fenergán, largactil y luminal. (5mg. y 1cgr. respectivamente) cada 8 horas. Se obtuvo una hipotermia de 32° durante varios días. No se hizo absolutamente ningún tratamiento local.

Se hidrató y se dio antibióticos por vía digestiva. Durante varios días tuvo crisis de cianosis y hacia el 4° día comenzó con edemas que fueron aumentando progresivamente al mismo tiempo que la diuresis disminuía entrando en coma, constituyéndose en suma un síndrome de insuficiencia renal por lesión del nefrón distal. Se restringieron los líquidos hasta que se instaló la diuresis, desaparecieron los edemas y recuperó la conciencia. Se hacían tres aplicaciones diarias de rayos infrarrojos colocado a un metro de distancia y comenzando por 4 minutos aumentando diariamente un minuto en cada exposición hasta llegar a 10. La evolución de la lesión local fue notable, solamente en el cuero cabelludo se infectó una flictena (a estafilococo). (Como al principio dicha zona no parecía tan quemada se cubría para protegerla de los rayos infrarrojos).

Se abrió la flictena se colocó polvo de sulfatiazol en todo el cuerpo como profilaxis. A los 20 días fue dada de alta en perfectas condiciones habiéndosele caído el cabello en la zona quemada.

Actualmente a los 3 años de edad (fig. 7-b) el estado de la piel es terso sin ninguna cicatriz ni siquiera en las zonas de lesiones de tercer grado. El cabello es completamente normal.

Si se compara la evolución de esta enferma y de otros también tratados con cura al aire se observa la notable diferencia con la curación cerrada, que fatalmente se infecta y transforma una quemadura de 2° en una de tercero por la necrosis de los restos de piel y faneras que pueden haber quedado indemnes de la quemadura, pero que sucumbe a la infección. Esta por la fiebre, el olor nauseabundo cuando la curación no se cambia a menudo, es causa de anemia, anorexia, retardando la curación, haciendo

que se desprendan los injertos, aumentando el número de lesiones que deben ser injertadas porque la destrucción que la infección y las curaciones producen en el área quemada hace que éstas cicatricen sólo al precio del injerto.

La historia de A. R. corresponde al año 1957 con 0 muerte por quemaduras en el Servicio de Cirugía Infantil.

En ese mismo año —1957— se registraron en toda la República 9 muertes por quemaduras en niños, según datos proporcionados por el Dr. Morales, director del Departamento de Estadística de la División Higiene del M. S. P.

8 de ellos tenían entre 1 y 4 años. Se distribuyeron así:

RIVERA	1
COLONIA	1
FLORES	1
FLORIDA	1
SORIANO	1
TREINTA Y TRES	2
Se ignora	2

TOTAL 9

Si tenemos en cuenta que los quemados graves del Interior son enviados a Montevideo, podemos suponer sin falsear la realidad que probablemente esos 8 niños no eran grandes quemados y se asiste así a la paradoja de que tanto en Montevideo como en el Interior mientras curan gran cantidad de niños con graves quemaduras mueren otros en los cuales nada hacía temer ese desenlace.

El último de los niños fallecidos en el H. P. R. fue un niño de dos años que pocas horas después de haberse quemado con agua la parte exterior del tórax y miembro superior derecho, falleció en hipertemia y shock.

En resumen la mortalidad es muy baja 2.5 %, y ello se debe indudablemente a la preocupación intensa y sacrificada de los distintos médicos que durante estos 7 años han estado en distintas épocas al cuidado de los niños quemados del Servicio de Cirugía Infantil.

Tratamiento

El tratamiento del shock se ajusta en general a las normas clásicas, el empleo de antibióticos, medicación antitetánica es de rigor. El uso de los esteroides tiene también indicaciones en determinados casos pero no tenemos cifras exactas al respecto.

Sobre el tratamiento de la lesión se hace en la inmensa mayoría por los métodos cerrados, salvo en la cara donde quizá por eso se obtienen excelentes resultados.

Desde hace algunos años nosotros hemos ensayado las ventajas del tratamiento abierto combinado con la exposición a los Rayos infrarrojos. Este método tiene enormes ventajas que podríamos resumir en clínicas, económicas y humanas.

Clínicamente la curación es perfecta, reduce el número de injertos porque respeta los postulados que deben regir el tratamiento del quemado. En una zona quemada la profundidad de las lesiones es variable pero siempre quedan islotes de piel sana o de sus faneras capaces de reproducir la piel normal. Pero en la curación cerrada la infección es la regla y ella destruye la delicada piel que se regenera haciendo imposible —si la quemadura es extensa— la epitelización normal. Debe recurrirse al injerto.

Esto supone económicamente gasto de numeroso material de curación —a veces escaso— de intervenciones quirúrgicas, transfusiones, prolongación de la estadía etc. Significa además para el médico la necesidad de disponer mucho tiempo para la cura del quemado y siempre en locales adecuados.

Desde el punto de vista humano significa para el niño la supresión de dolorosas curas o de anestias generales, le evita el olor que acompaña a todo quemado cuyas curas no se cambian con cierta regularidad. Ese olor repulsivo para el niño y los que lo rodean aumenta su anorexia, es causa de fiebre ya que supone infección, la anorexia y la infección aumentan la anemia y esta repercute sobre la vitalidad y oportunidad de los injertos.

El tratamiento que nosotros proponemos es muy sencillo, necesita solamente el aislamiento adecuado del niño.

PRONOSTICO

Además de los ya mencionados sobre extensión, profundidad, agente, edad, la presencia de shock y su precoz y correcto tratamiento, debe agregarse los estados de hipertermia severa, convulsiones, diarrea, vómitos, hemorragias digestivas que siempre agravan el pronóstico.

Los exantemas de tipo escarlatiniformes y las estafilococias son factores que agravan el pronóstico.

El real progreso en el tratamiento de los quemados se establece entre los años 1942-47, posteriormente el uso de los antibióticos y de los corticoides no tuvo la influencia notable que tuvo el conocimiento y el tratamiento del shock.

Aún se dice que la vida del gran quemado depende del tra-

tamiento correcto del shock en las primeras 24-28 hs. de lo contrario la isquemia lleva a la anoxia de los parénquimas y a la constitución de lesiones irreversibles.

Un capítulo importante en la evolución de la lesión local lo constituye la infección.

Desde que empleamos el tratamiento abierto con cura al aire libre y exposición a los rayos infrarrojos, puede decirse que la infección no existe, que la evolución es notoriamente superior a la curación cerrada en varios aspectos que más adelante desarrollaremos.

CONCLUSIONES

Se hace un estudio sobre 790 niños quemados internados en el Servicio de Cirugía de Niños durante 7 años, y el movimiento de niños quemados que consulta en la Puerta del H. P. Rossell que asciende a 584 por año.

Se estudia la frecuencia durante los meses del año, y por edades. Se estudia la mortalidad y compara con el Interior de la Rpca. La mortalidad es muy baja —2,5 %—

Se comparan los resultados entre los métodos abiertos y cerrados y destaca las grandes ventajas —clínicas, económicas y humanas— que supone dicho tratamiento.

Se menciona la importancia de los métodos incorrectos y su repercusión sobre las secuelas.

Dr. Ardao: Yo considero que es muy interesante este trabajo en nuestro medio, porque tiene varias virtudes. En primer término ofrece cifras, estadísticas con las cuales se pueden sacar algunas deducciones. Es evidente que en el Hospital Pereira Rossell concurre un número importante de quemados, alrededor de unos 50 mensuales, de los cuales muchos de ellos se internan. En lo que se refiere al tratamiento, creo que lo que preconiza la Dra. Murguía, la curación expuesta del quemado, tiene muy limitadas indicaciones. Su propio creador, Wallace, de Edimburgo, prácticamente no lo usa, y él, un poco jocosamente dice que siendo el creador del procedimiento es el único que no lo usa. Creo que puede tener su indicación en quemaduras muy superficiales, en donde no está en juego el problema de reparación cutánea y el injerto de piel. En las otras circunstancias, el tratamiento local de la quemadura, es decir para quemaduras que hacen la necrosis de la epidermis y dermis, es todavía objeto de mucha experimentación y de estudio. Hay algunas indicaciones para el tratamiento local de las quemaduras de acuerdo a regiones del organismo. No es lo mismo el tratamiento local de una quemadura de la mano, que la de la cara o del periné. De tal manera que sin entrar a polemizar sobre estos aspectos, yo creo que hacer así una defensa muy grande del procedimiento, como norma general del tratamiento del quemado y hacer responsable a la cura cerrada de agravamiento de las lesiones o de profundización de la necrosis o de manteni-

miento de la infección no está ajustado a la verdad y que la curación cerrada tiene sus indicaciones en el tratamiento de las grandes quemaduras, en el gran quemado. No como fue preconizado por los primeros tiempos. La curación cerrada como elemento inhibidor de la pérdida plasmática como contención al edema, sino como elemento de asepsia y de curación. Ahora, como dijo la Dra. Murguía, el tratamiento cerrado de las quemaduras exige personal, exige dedicación y exige material. Un quemado tratado en estas condiciones es un quemado indeseable en los servicios de Cirugía general y para la dirección de los hospitales también, por lo que gastan, pero es la forma correcta de tratar un área que no llamemos quemada, un área necrosada que está expuesta a la infección y que se infecta fatalmente en ciertas regiones y que debe ser reparada precozmente con el criterio de evitar la cicatriz y colocar allí el plano de cobertura más adecuado a la región. Sea producida la pérdida cutánea por el calor o sea producido por el frío, o sea por una corriente eléctrica o por una disección quirúrgica exagerada del plano de revestimiento cutáneo el problema es el cutáneo. De tal manera que yo acompaño a la Dra. Murguía con mucho gusto en las indicaciones de este procedimiento abierto para quemaduras muy superficiales del tipo que ha mostrado. El último caso es muy demostrativo, pero no se puede extender esto, sin exageración, al tratamiento de las grandes quemaduras.

Dr. Yannicelli: La Dra. Murguía como es lógico expuso uno de los tantos tratamientos que se hicieron. No se preconiza con carácter general y sobre todo para el gran quemado, tratamiento a cielo abierto, pero, en ese caso, de un lactante con unas quemaduras de ese tipo, indudablemente que la indicación, en ese caso, fue muy buena y el resultado está a la vista. Un lactante que está orinando, defecando, que hay que cambiarlo, curarlo, no obstante disponer de personal, etc. crea grandes problemas y obtener un resultado con esa limpieza, es deseable. La indicación para ese caso es indiscutible, no generalizando como muy bien dice el Dr. Ardao. En cuanto al capítulo general es importante. Hace poco tiempo el Dr. De Vecchi trajo un trabajo sobre quemaduras y nos habló de la fisiopatología. No se ha hablado de fisiopatología, porque se ha creído útil traer casos clínicos, resultados, como muy bien dijo el Dr. Ardao. Vale que se traiga una estadística de 790 casos con 21 fallecidos, revelando una mortalidad de 2,5 % en un medio hospitalario. El éxito de esta estadística, que podemos confrontarlas con las mejores del mundo, se debe especialmente a la dedicación de los médicos tratantes, y especialmente la Dra. Murguía y la Dra. Cabrera. Diría que las $\frac{2}{3}$ partes de la vida del niño quemado, tanto más cuanto más pequeño depende del tratamiento del estado general y aquí si no hubieran estado presentes las médicas y los médicos tratantes ante una hipertermia, una convulsión, un estado diarréico, repetidamente, y en los momentos, oportunos en el día o en la noche, las cifras de mortalidad no serían bajas. Por eso es que nos oponemos a creer que se trata solamente de una cuestión de cirugía plástica. El plástico interviene secundariamente cuando hay que reponer, como dijo muy bien el Dr. Ardao, cuando hay que reponer tejidos necrosados, cuando hay que hacer una cirugía reparadora, pero la primera etapa es el tratamiento del estado general, y está dicho y está especificado que niños con pequeñas quemaduras han muerto porque el stress ha sido dominante o sorprendente en algunos casos. Además este trabajo tiene, accidentalmente, un valor histórico, porque la Clínica Quirúrgica de Niños no tendrá más Servicios de Quemados. Cuando quisimos pre-

eisamente contar con una Sala para Quemados y la hicimos reformar, una vez que se reformó la perdimos, porque Salud Pública se apropió indebidamente de esa sala. Les deseamos a los sucesores en el tratamiento de quemados, que mientras tengan esa sala lleguen a repetir o mejorar esta estadística, para bien de los niños.

Dra. Cabrera Roca: Estamos de acuerdo con lo que la Dra. Murguía de Roso ha expresado con respecto a la curación abierta, aunque sólo la practiquemos en quemados de extensión grande pues es un método que exige inmovilización en cama personal especializado e internación hasta la curación o el momento del injerto Pero ello pasa a un término más secundario durante los siete primeros días en que lo principal es el quemado y lo secundario la quemadura.

Todos sus trastornos de tipo electrolítico: 1º día shock, después stree. Esas manifestaciones tienen que ser controladas por nosotros, los encargados de la sala; el quemado que recibimos es el grave. No es sólo grave por la extensión. Hay una relación de extensión y profundidad que da a veces a menor extensión y mayor profundidad, stress más grande y por lo tanto una respuesta que parece desmesurada para el tamaño de la quemadura.

Por lo tanto a través del tiempo hemos ido aprendiendo a valorar estos factores. El niño cuanto más pequeño más participa de las reacciones del lactante y su labilidad propia. A medida que el niño va siendo mayor hay más estabilidad y sus reacciones son más semejante a las del adulto.

Podemos decir que lo que pudimos aprender en nuestro contacto con el quemado, que lo más importante es el equilibrio hidrosalino, las proteínas y últimamente los conocimientos de los trastornos del stress. Ciertas manifestaciones de éste como por ejemplo la gastritis y la hematemesis marcan gravedad extrema y peligro de muerte, así como la gravación progresiva en los primeros días y aparición de nuevas complicaciones.

El stress que se manifiesta objetivamente por la hematemesis está presente en los demás órganos y en lo que respecta a las supra-renales, su lesión parcial o total marcan la vida o la muerte del quemado.

Lógicamente no se puede en una exposición así tan corta hablar del tratamiento del niño quemado.

Peró diremos que el gran quemado debe ser colocado en condiciones de seguridad para combatir su shock con una descubierta venosa y luego iremos tratando o previniendo cada uno de los síntomas del stress. Para nosotros cambió el panorama del quemado desde que usamos los derivados de la cortisona.

En el año 1956 hay en la estadística mayor mortalidad que en los otros años, creemos que se debe en parte al aporte de quemados graves algunos de los cuales murieron en la urgencia el mismo día de su internación otros en los primeros días habiendo llegado con lesiones irreparables algunos de la campaña. Pero otros, por interpretación errónea de síntomas, que creemos que hubieran sido reversibles de haberse tratado en forma adecuada.

Todo esto en realidad no se puede decir tan rápidamente, si es de interés de la Sociedad de Cirugía se explicarán en el futuro las directivas terapéuticas desde el punto de vista médico pediátrico que hemos desarrollado en todo este lapso.

Felicito a la Dra. Murguía por esta estadística, tan completa.

Dra. Murgía de Roso: Agradezco a todas las personas que se han ocupado de este trabajo y voy a hacer algunas puntualizaciones. Respecto a lo que dijo la Dra. Cabrera del tratamiento, al comienzo de la disertación dije que no me iba a ocupar de los problemas de patología, que son muy conocidos, porque el tiempo no da; o una cosa o la otra, pero no porque fuera a desconocer que el tratamiento del quemado —desde luego— es el tratamiento integral. Además hay muchos autores que dicen que la vida del quemado grave depende del correcto tratamiento que se haga en las primeras 24 o 48 horas, del correcto tratamiento del shock, ya que todo lo que se haga después no va a tener buenos resultados, porque entonces la isquemia, y por consiguiente la anoxia va a llevar a la producción de lesiones irreversibles de los parénquimas. De manera que eso lo dejé descartado desde el principio. En cuanto a la profundidad y a la extensión de las quemaduras, nosotros hemos visto, —lo decimos porque lo dice la estadística— que la mayoría de las muertes se producen en niños con pequeñas lesiones, es decir que hay algo que falla en ese tratamiento del niño quemado y con lesiones de poca extensión y de poca profundidad. En cuanto a lo que dice el Dr. Ardao, no estamos de acuerdo con todo lo que él dice. El mayor inconveniente que tiene el tratamiento de la cura expuesta es que el niño debe estar aislado, debe estar en un box, no debe permitírsele visitas. Nosotros creemos que las pequeñas lesiones de quemaduras, justamente pueden ser, sobre todo las que son ambulatorias, pasibles de la curación cerrada, e inclusive benefician. Nosotros teníamos para proyectar la foto de un niño quemado de tórax, con agua, tratado en vendaje cerrado, donde se ve la producción de una superficie granulante que ya no cicatrizará sino al precio del injerto. En el momento actual, hay en el Servicio un niño gravemente quemado por quemaduras de fuego, que pueden verlo; atendido por la Dra. Cabrera, y que está en tratamiento con cura al aire. Este niño que ha sufrido gravísimas quemaduras por fuego tiene una evolución extraordinaria. Todo el que le interese puede verlo, porque realmente vale la pena. En cuanto a lo que dijo el Dr. Chifflet de la publicidad en mi trabajo, yo digo, la importancia que tiene dar la difusión por la prensa, la radio, las escuelas, las maternidades, las gotas de leche, haciendo ver la cantidad de accidentes que sufren los niños, y que son debidos en su mayor parte a que las madres no los ponen en corrales. Son ellas que están con los niños, y no las encargadas las que están generalmente con el niño al producirse el accidente. Lo mismo le digo al Dr. Urioste. Nosotros también pensamos que debe hacerse la difusión porque uno tiene la idea de que hay muchos niños quemados, pero en realidad las cifras son enormes y pueden evitarse. Si además se considera que ésto se refiere nada más que al Pereira Rossell, que están las Mutualistas, los otros hospitales, en fin gran cantidad de lados donde se atienden los quemados, realmente la cifra es muy importante. Muchas gracias a todos.