

DIRECTIVA GENERALES Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS QUEMADURAS

Dr. Héctor A. Ardao

El gran quemado presenta dos problemas de tratamiento. Uno es *Vital* y de orden general; y el otro es *Local* de reparación quirúrgica.

A) *Vital*.

Las quemaduras tienen una mortalidad que depende de varios factores. Intervienen la edad, taras orgánicas, lesiones concomitantes y muy especialmente la extensión y profundidad de la quemadura. Estos últimos factores son muy constantes y se pueden sostener que en un adulto sano por debajo del 10% de área corporal quemada no hay mortalidad y que con un 50% o 60%, aún en las mejores condiciones de tratamiento es poco probable que sobreviva.

En la práctica el problema vital existe en los quemados del 10 al 50% de superficie. De este grupo se rescata un número variable de casos y es en el que actualmente cabe poner el mayor empeño en el tratamiento porque de su premura y corrección depende el éxito o el fracaso. De la premura y corrección con que se instale el goteo de *Plasma intravenoso*, adelantándose si es posible a la aparición del shock, depende la vida del quemado. Antes del advenimiento del plasma, del 60 al 80% de las muertes de los quemados se producían por shock antes de las 48 horas.

Actualmente la difusión de los Bancos de Sangre y Plasma permite casi siempre administrar el Plasma necesario y controlar los valores de la hemo concentración antes que el quemado se sumerja en un shock irrecobrable o bien si el shock está iniciado pueda salir de él antes que la anoxia produzca lesiones *hepato renales* que van a manifestarse en período de Toxemia.

Actualmente es un hecho de observación que el contingente de los quemados graves que supera los fases de shock, aumenta las cifras de los que llegan a la de Toxemia, por cuya razón su índice de mortalidad aparece aumentado. Actualmente mueren más quemados graves en la segunda semana que en los primeros días debido al tratamiento correcto del shock.

El quemado que supera la segunda semana debe enfrentar todavía riesgos de muerte en la infección constante y variada, a la

que se agrega una anemia *globular* y *hemoglobinica* progresiva.

Las directivas actuales del tratamiento del quemado reciente son primordialmente de orden general destinadas a impedir la aparición de los estados precedentes y a preservar o restaurar el equilibrio humoral y nutritivo metabólico. El tratamiento local ocupa un lugar secundario siendo realizado en la medida que no interfiera en el tratamiento general y es preciso señalar todavía que el tratamiento local comprendida la aplicación de *injertos* se realiza muchas veces con una finalidad principal de orden general (combatir la anemia, la pérdida de proteínas, la infección) más que como terapéutica local propiamente dicha.

Desde hace 20 años, después de un largo período de quietismo en los conocimientos, el tratamiento de las quemaduras ha estado constantemente sujeto a cambios y discusión. No existe actualmente acuerdo sobre el tratamiento del Shock, de la Toxemia, de la Infección y tampoco sobre la técnica de la curación local. Curación abierta, curación cerrada, baños salinos, vendaje apretado, etc.

Sin embargo, algunos hechos permanecen adquiridos y son los pilares de las directivas del tratamiento. De estos hechos se deben destacar:

- a) El Shock por hemo-concentración es producida por hipoproteinemia.
- b) Pérdida del Sodio Sanguíneo y aumento del Intercelular.
- c) Pérdida del Potasio Sanguíneo y aumento del Urinario. En el gran quemado hay retención del Na. y excreción del K.
- d) Retención de agua.
- e) Aumento de excreción del Nitrógeno.
- f) Hiper glicemia y a veces glucosuria.
- g) Disminución de los eosinofilos circulantes y esto parece estar en relación con el aumento de los corticoides en la orina debido a estimulación de la hipofisis.

El problema del quemado no es quirúrgico y mucho menos de técnica de injertos. Y hay lugar a esperar mejores resultados de sobrevida por el progreso en los conocimientos de fisiología patológica de esta clase de pacientes.

A partir de la primera semana, en general todo quemado importante pierde peso y se anemia. Para mantener el balance nutritivo juega un rol importante el control dietético; 5 grs. de proteínas y 50 calorías por kilogramo de peso son el promedio necesario para llenar las necesidades diarias de un adulto. Mientras un quemado pierde peso o no ha recuperado el normal no está bien alimentado. La sonda naso-gástrica y la introducción de proteínas hidrolizada por vía venosa deben ser el complemento cuando no sea posible utilizar la vía natural. Especialmente la vía venosa para los días de ayuno por anestesia e intervenciones operatorias.

B) *Local.*

Las directivas del tratamiento local deben dirigirse a acelerar la **eliminación** de los tejidos necrosados, suprimir la infección y cubrir con injertos de piel libre las áreas cruentas antes que el tejido de granulación se haya vuelto fibroso. Alrededor de la tercera semana. Si es posible, antes.

El injerto precoz de piel de toda área cruenta, pero especialmente de las quemaduras, constituye una de las adquisiciones más importantes de la cirugía en la guerra última.

En ciertos casos puede justificarse la exéresis del área quemada y el injerto inmediato, pero esta conducta no puede ser una norma de rutina por cuanto hasta pasados los 10 o 12 días primeros no se puede conocer con precisión los límites de la zona de necrosis.

El empleo de detersores, del baño salino, de la exición bajo anestesia recogiendo exudados para la determinación de especie bacteriana y sensibilidad antibiótica (el proteus, piociánico y colibacilo contra indica la aplicación de injertos), el empleo local y general de antibióticos constituyen los medios preparatorios en el manejo de estos enfermos para las sesiones de injertos en cuya técnica no vamos a entrar.