

ACTUACIÓN PREHOSPITALARIA

Dr. Miguel Angel Molina Sánchez y Gerardo Esteban Bernal.

Médicos de Asistencia Medica del Servicio contra Incendios de Salvamento y Protección Civil del Ayuntamiento de Zaragoza

Introducción

Una de cada 20 personas al cabo de un año van a padecer algún tipo de quemadura, aunque solamente el 1% de las mismas necesitarán ser ingresadas en unidades especializadas en el tratamiento de de quemados; por otro lado las quemaduras suponen la 2ª causa de muerte traumática en personas de entre 17 y 40 años.

A pesar de que en los últimos años se han obtenido resultados espectaculares en el tratamiento de esta patología, con supervivencias en pacientes con 80% o más de superficie corporal quemada (SCQ), alrededor del 50% de los fallecimientos por quemaduras, lo hicieron en el medio extrahospitalario. Esta y otras razones justifican, que el personal de los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias conozca perfectamente las pautas de actuación más adecuadas ante estos pacientes sobre todo en el caso de del quemado grave, de modo que se pueda revertir esta situación.

Definición del problema.

Aunque la definición de “quemadura”, y por lo tanto del paciente quemado, es perfectamente conocido y detectado por casi cualquier persona sanitaria, o no; no parece estar tan clara la definición conceptual del tema que nos ocupa.

Actualmente, existen varios términos con los que se trata de acotar y definir este tipo de situaciones. Por un lado, tenemos al denominado paciente afecto de “trauma térmico severo”, otros lo llaman “gran quemado”, mientras que también en otros textos encontramos el término “quemado grave”.

El primero de los términos, “trauma térmico severo”, englobaría perfectamente a estos pacientes indicándonos de forma igualmente clara su etiología (calor) y su importancia (severidad), sin embargo, a mi juicio es un concepto demasiado general, ya que igualmente podemos incluir en este grupo, procesos que nada tienen que ver con el quemado, como sería el golpe de calor u otros cuadros hipertérmicos. dejando excluidas todas aquellas quemaduras de causa no térmica, como las químicas, las eléctricas o radiactivas que indudablemente están muy emparentadas con las térmicas.

El término “gran quemado”, sí que hace referencia a pacientes con quemaduras de diferentes etiologías, pero se trata de un concepto que indica la situación crítica del paciente, pero relacionándola solamente con la extensión de la quemadura o % SCQ, dejando fuera otras circunstancias que también le pueden comprometer la supervivencia del paciente quemado.

Finalmente, la expresión “quemado grave”, nos hablaría de un paciente con quemaduras, sin especificar su causa, pero que cuya vitalidad se encuentra comprometida, sin indicarnos las circunstancias que motivan dicha

gravedad, unas veces será por la gran extensión de la SCQ, pero otras, será debido a la localización de las lesiones, su etiología (eléctricas), la existencia de otras lesiones asociadas a las quemaduras o procesos patológicos previos. En mi opinión este término es el que más se acerca a la realidad clínica y terapéutica de estos pacientes.

Tratamiento prehospitalario del paciente quemado grave

La atención del paciente con quemaduras y especialmente el quemado grave debe de reunir dos condiciones. Debemos de administrarle una atención integral, pero a la vez integrada en el sistema de salud.

Será integral, en la medida en que no vamos a tratar una patología, sino a una persona que padece un proceso patológico.

No solamente intentaremos de prestar cuidado y atención a sus lesiones cutáneas sino también a otro tipo de lesiones, que frecuentemente aparecen asociadas a las quemaduras, como son las intoxicaciones por inhalación de humo y gases tóxicos, lesiones por onda expansiva o traumatismos producidos por el derrumbe de estructuras. A demás de esto deberemos tener en cuenta toda una serie de enfermedades y circunstancias que pueden acompañar al paciente quemado, como diabetes, hipertensión, cardiopatías...etc.

Una vez prestada la atención a la esfera física del paciente, no debemos olvidar su esfera psíquica, pues ¿quién puede negar, que sentir como se quema una parte del cuerpo, es una experiencia que dejará una marca en la mente del paciente?. Estas lesiones se pueden producir en un ambiente tan agresivo e infernal, que aportará una enorme carga de angustia, tanto al quemado como a los que le rodean y atienden posteriormente. Es por esto, que trataremos que el paciente quede en una situación que le permita eliminar parte de la tensión psíquica acumulada, usando para ello técnicas psicológicas que faciliten la relajación, una buena comunicación, contacto personal, empatía, voz sosegada...etc. pueden ayudarnos a conseguirlo, y en caso necesario echaremos mano de medidas farmacológicas.

Finalmente, tampoco debemos descuidar, el daño que se pueda producir en las personas del entorno del paciente: familia, compañeros, testigos oculares e incluso el personal de rescate y de asistencia médica. Para aliviar esta tensión ambiental lo más efectivo es transmitir sensación de seguridad, la confianza de estar en buenas manos y de que se hace todo lo humanamente posible por el paciente; solamente con esto se alivia enormemente la tensión ambiental.

Por otro lado, la integración de nuestra actuación en los diferentes escalones asistenciales, debe de ser total, ya que un fallo en cualquier punto de la cadena asistencial dará lugar a fallos y a un resultado deficiente.

Esta cadena de actuaciones se inicia nada más producirse el accidente o siniestro, poniéndose en marcha una serie de acciones de primer nivel, en las que intervendrán diversos agentes: testigos que sepan cómo actuar en estos casos, fuerzas de seguridad, bomberos y equipos de asistencia sanitaria extrahospitalaria.

El objetivo de este escalón asistencial es el de proceder al rescate de la víctima, sustrayéndolo de la zona de peligro, e iniciar una serie de acciones encaminadas a mantener con vida al paciente y evitar que las quemaduras profundicen y se extiendan. No debemos de olvidar, que en algunas estadísticas, el 50% de los fallecidos por quemaduras lo hacen antes de llegar al hospital. Al final de esta fase el paciente deberá estar estabilizado y listo para acceder al siguiente escalón, previo traslado al centro hospitalario de referencia.

En la segunda fase, serán las unidades hospitalarias especializadas en quemados, las que llevarán el peso de las actuaciones. Su objetivo será primordialmente completar la estabilización iniciada anteriormente, y prevenir posibles complicaciones que puedan poner en peligro la recuperación del paciente. Estas medidas, van a ser adoptadas por el personal especializado de estas unidades. Una vez cumplida su misión, el paciente quemado pasará al tercer escalón asistencia.

En la tercera y última fase, el paciente en caso necesario, recibirá la atención de los cirujanos plásticos, que reconstruirán la zona de piel quemada, que no hubiera cicatrizado correctamente o que por su localización, profundidad o extensión tiene muchas probabilidades de evolucionar de forma desfavorable.

Solamente tras la confirmación de que se ha producido la reepitelización adecuada y lo más estética posible, de la piel quemada, podemos dar por finalizada la cadena asistencial al paciente quemado, el cual quedará listo para su incorporación social y laboral.

Así pues, sanitariamente hablando en un primer momento, la finalidad principal del tratamiento de estos pacientes irá encaminado a evitar su fallecimiento y que las lesiones se acentúen o incrementen, para ello lo primero será sacarlo del ambiente térmico hostil en el que se puede encontrar, y si su ropa está ardiendo se sofocarán las llamas.

A continuación, verificaremos la presencia de signos vitales; por medio de la valoración del nivel de consciencia, la respiración y el pulso central, si todos ellos están ausentes iniciaremos maniobras de RCP, pudiendo administrar hidroxocobalamina si sospechamos intoxicación por cianhídrico y si se dispone de este antídoto.

Si conserva todas las constantes menos la consciencia, debemos sospechar la existencia de un traumatismo craneo-encefálico grave, o lo que es más frecuente intoxicación por humo, en cuyo caso pondremos en marcha una serie de medidas para conservar expedita la vía aérea, si fuera necesario haríamos uso de ventilación mecánica, oxigenoterapia e hidroxocobalamina.

Solamente cuando tengamos aseguradas las constantes vitales, pasaremos a actuar sobre las quemaduras, desnudando al paciente y enfriando las quemaduras bien con agua, o mejor si se dispone de ellos, con apósitos de hidrogel.

De forma simultánea debemos adoptar otras medidas que contribuirán por un lado a un mayor confort del quemado y por otro a prevenir complicaciones posteriores, como serán la administración de analgésicos y una pauta de fluidoterapia, para esto previamente habremos colocado una o dos vías intravenosas periféricas.

Una vez completadas todas estas acciones, que si se hacen con un cierto orden y entrenamiento no consumirán excesivo tiempo, ya podemos trasladar de urgencia al paciente hasta un centro hospitalario útil, con cuyo personal ya habremos contactado telefónicamente, para prevenirle de nuestra llegada. Este contacto nos agilizará enormemente la transferencia de paciente a nuestra llegada al hospital.



**ASOCIACIÓN DE SANITARIOS
DE BOMBEROS DE ESPAÑA**