

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<sup>a,\*</sup> y Castillo Alcón-Jiménez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud de Gerena, Zona Básica de Salud de Guillena, Distrito Sanitario Sevilla Norte del Servicio Andaluz de Salud, Gerena, Sevilla, España

<sup>b</sup> Residencia de Válidos de Heliópolis, Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(M.C. Cid-González\).](mailto:carlosgerena@yahoo.es)

doi:10.1016/j.enfcli.2010.10.011

## Respuesta de los autores

### Author's reply

Sr. Director:

Sin entrar en puntuaciones 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<sup>1,2</sup>.

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<sup>2,3</sup>.

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<sup>2–4</sup>, 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 Sargent<sup>5</sup>. Es cierto que otorga un nivel de evidencia 3 a dejar intactas la 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

de la herida podría ser perjudicial. Pero del mismo modo, otorga un nivel de evidencia 2 al desbridamiento para retirar el tejido desvitalizado y así favorecer la curación y la disminución de cicatrices hipertróficas, y un nivel 1 de evidencia al mantenimiento húmedo del lecho de la herida mediante la oclusión con apósitos de nueva generación para reducir el dolor, el número de curas, el tiempo de curación y el coste global. Se hace una revisión de diferentes estudios que abordan el problema desde diferentes puntos de vista. Es este aspecto multidimensional lo que lo convierte en un artículo interesante, puesto que se hace un abordaje amplio que contempla aspectos poco tratados o, cuando menos, poco tratados en su conjunto. Dicho artículo tiene también, como describe Esteban, limitaciones en cuanto a que no se trata de una revisión sistemática ni se explican los criterios de selección y valoración de los diferentes artículos, los tamaños de muestra son en general pequeños, faltan estudios comparativos bien diseñados que centren la atención en el tratamiento de las ampollas con iguales tratamientos posteriores de la herida y hay desigualdad metodológica en la obtención de resultados. Del artículo original de Sargent se desprenden ciertas recomendaciones, y se especifica que el nivel de evidencia es de 3-4, que se corresponde con evidencia basada en la opinión de expertos y en algunos estudios de calidad con grupo control.

Si bien es cierto que en el estudio de Swain<sup>6</sup> el tamaño de muestra es considerable, se trata de un estudio cuasiexperimental del año 1987, donde no se explica el proceso de selección de los participantes en el estudio que garantice la homogeneidad de la muestra, y no se aplica ningún tipo de oclusión de nueva generación (que ofrecen confort, protección contra la infección, permiten reducir la frecuencia de las curas y favorecen la reepitelización y cicatrización del lecho de la herida)<sup>2,3,5</sup>.

Puesto que el cuidado de las heridas y el control de la infección han evolucionado en gran medida, parece tan osado desdeñar los estudios *in vitro* y las recomendaciones de diferentes tratados actualizados de dermatología y tratamiento del paciente quemado como basarse solamente en los resultados de un estudio que no reúne las exigencias de un buen ECA y que no tiene en cuenta los relevantes avances que se han producido en los últimos 20 años.

En lo que sí existe consenso es en la importancia de maximizar la asepsia en la manipulación, determinar con la máxima exactitud posible la profundidad de la quemadura, su seguimiento exhaustivo para detectar posibles cambios (profundidad, infección, evolución tórpida), mantenimiento

húmedo de la herida y recomendación del uso de apósitos de nueva generación que favorezcan el proceso curativo y proporcionen el máximo confort al paciente. A partir de aquí se hace necesario el criterio del profesional experto que, teniendo en cuenta toda la información posible y que la evidencia en el momento actual no permite generalizar los cuidados, debe valorar la opción terapéutica que considere más adecuada en cada ocasión.

Como conclusión, el manejo de las ampollas en las quemaduras es un tema candente que cuenta con defensores y detractores para cada una de las opciones terapéuticas planteadas.

Como muy bien se apunta en la carta que motiva este escrito, debemos pasar de aplicar tratamientos empíricos a tratamientos basados en la evidencia, pero por desgracia en el tema que nos concierne no hay evidencia suficientemente sólida que nos lleve a hacer recomendaciones absolutas sobre el tratamiento que seguir. Lejos de pensar que por controvertido este es un tema no objetivable, esta situación debe incentivar al colectivo enfermero para llevar a cabo estudios de calidad que aporten validez suficiente, y que permitan a corto plazo la elaboración de guías clínicas apropiadas y basadas en evidencia sólida.

## 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. Herndon DN. *Tratamiento integral de las quemaduras*. 3.<sup>a</sup> ed Edinburgh: Saunders Elsevier; 2009.
3. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7.<sup>a</sup> ed New York: McGraw-Hill Medical; 2008.
4. Bosworth C. *Burns trauma nursing procedures*. London: Whurr Publishers; 1997.
5. Sargent RL. Management of blisters in the partial-thickness burn: an integrative research review. Journal of Burn Care & Research. 2006;27:66–81.
6. Swain AH, Azadian BS, Wakeley CJ. Management of blisters in minor burns. Br Med J. 1987;295:181.

Sílvia Esteban Sepúlveda

*Unidad de Neonatos, Hospital del Mar, EUI Mar (UPF), Barcelona, España*

*Correo electrónico:* 8119@parcdesalutmar.cat

*doi:10.1016/j.enfcli.2010.12.001*