

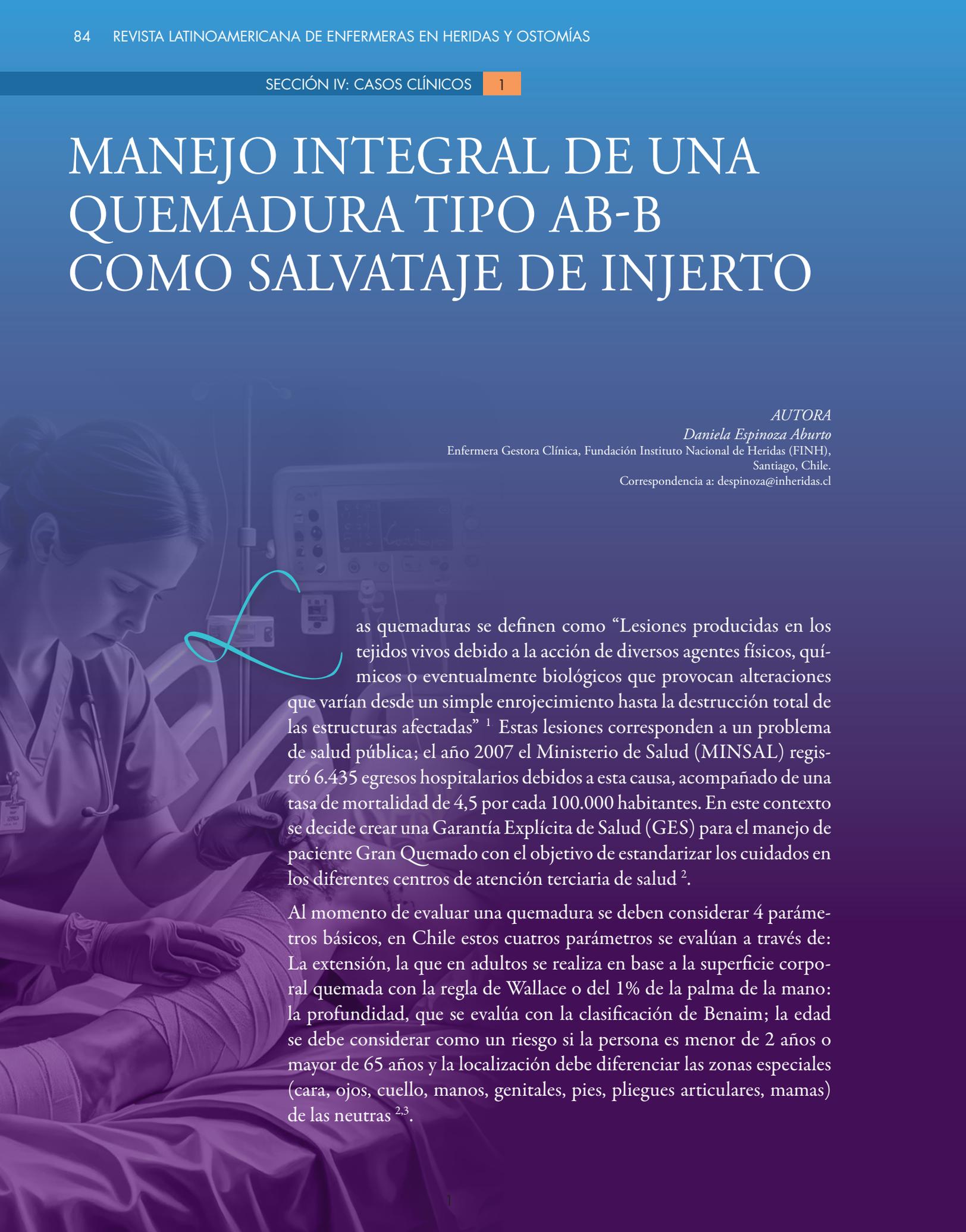
# MANEJO INTEGRAL DE UNA QUEMADURA TIPO AB-B COMO SALVATAJE DE INJERTO

AUTORA

*Daniela Espinoza Aburto*

Enfermera Gestora Clínica, Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH),  
Santiago, Chile.

Correspondencia a: [despinoza@inheridas.cl](mailto:despinoza@inheridas.cl)



Las quemaduras se definen como “Lesiones producidas en los tejidos vivos debido a la acción de diversos agentes físicos, químicos o eventualmente biológicos que provocan alteraciones que varían desde un simple enrojecimiento hasta la destrucción total de las estructuras afectadas”<sup>1</sup> Estas lesiones corresponden a un problema de salud pública; el año 2007 el Ministerio de Salud (MINSAL) registró 6.435 egresos hospitalarios debidos a esta causa, acompañado de una tasa de mortalidad de 4,5 por cada 100.000 habitantes. En este contexto se decide crear una Garantía Explícita de Salud (GES) para el manejo de paciente Gran Quemado con el objetivo de estandarizar los cuidados en los diferentes centros de atención terciaria de salud<sup>2</sup>.

Al momento de evaluar una quemadura se deben considerar 4 parámetros básicos, en Chile estos cuatros parámetros se evalúan a través de: La extensión, la que en adultos se realiza en base a la superficie corporal quemada con la regla de Wallace o del 1% de la palma de la mano; la profundidad, que se evalúa con la clasificación de Benaim; la edad se debe considerar como un riesgo si la persona es menor de 2 años o mayor de 65 años y la localización debe diferenciar las zonas especiales (cara, ojos, cuello, manos, genitales, pies, pliegues articulares, mamas) de las neutras<sup>2,3</sup>.

**Palabras claves:** Quemaduras, curación húmeda, vendajes de compresión.

**Propósito:** Evidenciar la importancia del abordaje integral de un paciente quemado con múltiples factores de riesgo transcurridos los primeros días de la lesión.

**Fuente de financiamiento:** Las curaciones avanzadas fueron financiadas por el paciente y por el copago de la FINH por pertenecer a paciente FONASA.

**Declaración de conflictos de interés:** La autora declara no tener conflictos de interés.

**Declaración a la privacidad y consentimiento informado:** La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido a este caso clínico, el que se encuentra en su poder.

## METODOLOGÍA

Paciente femenina de iniciales P.C.O, de 66 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de mama derecho (tratado el 2019), sobrepeso y hábito tabáquico de 12 cigarros al día suspendido hace 12 años. Jubilada, autovolente, asiste a baile entretenido en centro comunal 4 veces a la semana.

Ingresó a la FINH el día 17/01/2024 con una quemadura por escaldadura de 8 días de evolución en el dorso y ortijos del pie izquierdo; se observan las zonas de Jackson descritas en la literatura: la zona de coagulación (A), Fotografía 1, se encuentra en el centro de la lesión, zona de necrosis (tejido no viable), la zona de éstasis (B), Fotografía 1, correspondiente a una zona intermedia de tejido potencialmente viable, disminución de la perfusión tisular y finalmente la zona de hiperemia (C), Fotografía 1, donde existe una vasodilatación y presencia de mediadores inflamatorios<sup>3,4</sup>. Presenta pulsos pedios y tibiales,

piel tibia, edema ++ y presencia de telangiectasia en extremidades inferiores, herida con Valoración de Carga Bacteriana (VACAB)<sup>5</sup> en colonización crítica, por presentar secreción turbia, tejido esfacelado 80%, piel descamada, sin calor local. Clasifica en una Quemadura AB-B de Fortunato Benaim por presentar tejido granulatorio pálido, tejido esfacelado, EVA 5/10, exudado moderado, Fotografía 1. Previamente fue tratada en Centro de Salud Familiar (CESFAM) con curaciones tradicionales y con indicación de reposo absoluto; por la profundidad y localización de la quemadura se debía preparar al paciente para injerto; sin embargo, la quemadura presentaba tejido esfacelado y una evolución de 8 días; esto indica que la herida estaba colonizada, por lo que no era candidata a injerto<sup>6</sup>.

Se iniciaron curaciones húmedas (en Chile denominadas avanzadas<sup>5</sup>) bisemanales con limpieza de la piel con Espuma Limpiadora, limpieza de la úlcera con Polihexanida con Betaína, desbridamiento quirúrgico, protección de la piel con protector cutáneo y alginato (protección del exceso de humedad) y como apósito primario Ringer con Polihexametileno Biguanadina (PHMB), apósito secundario tradicional espe-



cial y fijación con venda semielastizada y cinta de rayón. El uso de hiperosmolares se aplicó por 10 días para proteger la zona de coagulación de la necrosis esperada por la fisiología de la quemadura. Pasados 10 días como apósito primario se aplicó un bactericida (Cobre) que promueve la neoangiogénesis y favorece la disminución de carga bacteriana debido al alto porcentaje de tejido esfacelado y presencia de exudado turbio moderado, Fotografía 2, luego se continuó con bacteriostáticos en gel (polihexanida con betaína gel) y sólidos (Diaquilcarbamoilo o PHMB) según el VACAB de colonización crítica.

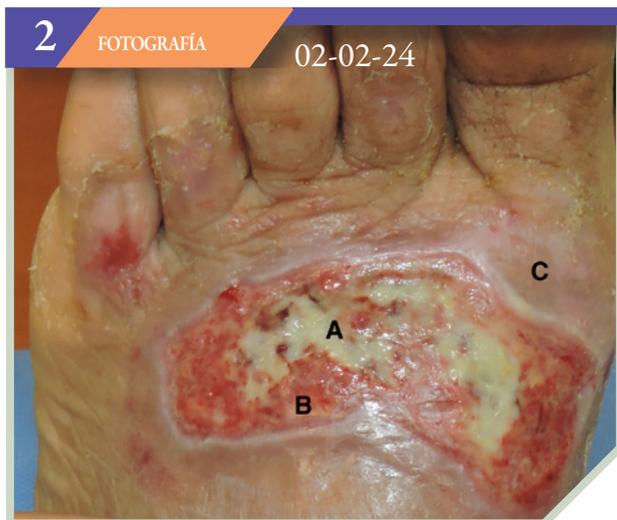
En conjunto con la curación avanzada se aplicó un sistema compresivo (primero Bota de Unna y posteriormente calcetas compresivas 20 mmHg) para manejo del edema, producto de la insuficiencia venosa detectada al ingreso y para aumentar la fuerza tensil de la quemadura<sup>7,8,9</sup>. Se educó a la paciente en la realización de ejercicios pasivos en casa, caminatas de 30 minutos, con descansos en posición trendelemburg por 15 minutos para el manejo del edema, ingesta de agua 2 lt al día (30cc/kg), aumento en consumo de proteínas en la dieta y suplementación con vitamina C 1gr al día más zinc 15mg al día.

## RESULTADOS

El tratamiento tuvo una duración de 10 semanas con 20 curaciones avanzadas, obteniendo el alta el 27/03/24 cuando se logró la epitelización del 100% de la quemadura, Fotografía 3. Desde la primera semana de tratamiento, la paciente retomó actividades domésticas, en la sexta semana había retomado la totalidad de sus actividades, incluidas las clases de baile entretenido. En ningún momento se realizó injerto.

## DISCUSIÓN

Este caso clínico demuestra la importancia de realizar una buena anamnesis para el éxito del tratamiento, la aplicación del uso de curaciones avanzadas según VACAB y el uso de sistemas compresivos en pacientes con insuficiencia venosa, la aplicación de apósitos de 3a generación en conjunto con la Bota de Unna y el calcetín compresivo, generó una evolución favorable en la úlcera y el cierre por segunda intención sin necesidad de injerto y cicatriz con escasas secuelas estéticas.



## REFERENCIAS

1. Luxoro C. Evaluación Preanestésica del Paciente Gran Quemado Adulto. Revista Chilena de Anestesia [internet]. 2015. [Citado el 26 de marzo de 2024]. 44 (1): pp 16-30. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/evaluacion-preanestesica-del-paciente-gran-quemado-agudo-adulto/>
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE: Gran Quemado [internet]. Santiago; Minsal; marzo 2016. [Citado el 26 de marzo de 2024]; Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016\\_DIAGRAMADA.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf)
3. Saavedra S. Manejo Inicial del Gran Quemado [internet]. Santiago; Universidad de Chile; enero 2017. [Citado el 26 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/revision/r-de-urgencias/14314-manejo-inicial-del-gran-quemado>
4. Sapiain S. Quemados [internet]. Santiago; Universidad de Chile; noviembre 2016. [Citado el 26 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/condiciones-clinicas/condiciones-clinicas-cirugia-general-y-anestesia/13876-quemados#:~:text=Cuando%20ocurre%20una%20quemadura%20se,ser%20antes%20de%2048%20hrs.>
5. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético [internet]. Santiago; Minsal; 2018. [Citado el 29 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2019/07/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Manejo-integral-del-pie-diab%C3%A9tico-MINSAL-Chile-2018..pdf>
6. International Society for Burns Injuries. Guía de Práctica Clínica de la ISBI para el Cuidado de las Quemaduras. Elsevier; 2016. [Citado el 29 de marzo de 2024]; Disponible en: [https://worldburn.org/\\_userfiles/pages/files/education/isbi\\_guidelines\\_spanish\\_final\\_i.pdf](https://worldburn.org/_userfiles/pages/files/education/isbi_guidelines_spanish_final_i.pdf)
7. Matos De Abreu A. Estudio de la Bota de Unna Comparada al Vendaje Elástico en Úlceras Venosas: Ensayo Clínico Aleatorio [internet]. Brasil; Revista Latinoamericana de Enfermagem; agosto 2015. [Citado el 14 de julio de 2024]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BB3mVwkzXnykyb3M455Rqwm/?format=pdf&lang=es>
8. De Carvalho M. Terapia Compresiva Para El Tratamiento De Úlcera Venosas: Una Revisión Sistemática De La Literatura [internet]. Brasil; Revista Electrónica Trimestral de Enfermería; enero 2017. [Citado el 14 de julio de 2024]; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00574.pdf>
9. Ferrada R. Guía Clínica Para Quemaduras. 1 ed. Colombia. 2017. Capítulo 20: 218-235

# 23rd Congress of the International Society for Burn Injuries (ISBI)

XIII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE QUEMADURAS



Santiago de Chile - Octubre 2026

