

TECNICAS

MEDICO-QUIRURGICAS

en situaciones de aislamiento

Esta guía aborda las maniobras médico-quirúrgicas más corrientes y útiles que un médico o enfermera con un buen nivel profesional puede practicar en un dispensario aislado, sin posibilidad de evacuación sanitaria ni de equipo quirúrgico o radiográfico.

LA REALIZACION DE ESTA OBRA HA SIDO DIRIGIDA POR :

RIGAL Jean (M)

CON LA PARTICIPACION DE (POR ORDEN ALFABETICO) :

COMBREAU Jacqueline (Co)
DESENCLOS Jean-Claude (M)
FAUCHER Bruno (M)
GOSSOT Dominique (C)
JORLAND Dominique (CD)
LANSSADE Régis (E)
LEGRAND Luc (C)
MORINIERE Bernard (M)
PRIGNON Jehan (C)
RECHON Brigitte (F)
ROUAM L.W. (C)
SEGALA Claire (M)

(M) Médico, (C) Cirujano, (CD) Cirujano-Dentista, (I) Enfermera, (Co) Comadrona, (F) Farmacéutico

Esta obra no hubiera podido publicarse sin el trabajo y la atención de la Srta Laïssu E. que se ha encargado de la mecanografía y de la composición.

Contenido

Heridas - Quemaduras

página 3

1

Curas -- Tratamiento de las heridas -- Quemaduras

Infecciones en las partes blandas

página 27

2

Curación de abscesos -- Cura de la miositis tropical -- Infecciones de la mano y dedos

Cateterismos y punciones

página 47

3

Cateterismo venoso -- Punción lumbar -- Punción pleural -- Drenaje torácico -- Punción pericárdica -- Punción de ascitis y perfusión intraperitoneal -- Punción de la rodilla

Maniobras en patología ORL

página 71

4

Taponamiento de una epistaxis -- Paracentesis -- Extracción dental

Maniobras en patología uro-genital

página 87

5

Sondaje vesical -- Reducción de una parafimosis -- Episiotomía -- Sutura de episiotomía o de desgarró del perineo -- Maniobras intrauterinas -- Tratamiento de la bartolinitis

Traumatología práctica

página 109

6

Fracturas y luxaciones : principios -- Traumatología del hombro y del miembro superior -- Traumatología del miembro inferior -- Tiempos de inmovilización de las principales fracturas

Anexos

página 149

Lista del material -- Desinfección y esterilización del material médico

Bibliografía

página 165

Indice

página 169

© Hatier Paris - Décembre 1989

© Médecins sans Frontières - Décembre 1989

2 Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés pour tous pays.
ISBN 2-218-02165-X

CAPITULO 1

HERIDAS QUEMADURAS

Curas	4
Tratamiento de las heridas	8
Quemaduras	22

Curas

Una cura es el conjunto de actos que aseguran el correcto tratamiento de las heridas. Una herida es una ruptura en la continuidad cutánea, y puede ser de origen quirúrgico o traumático.

Objetivos

- **Protección :**
 - Prevenir cualquier posible contaminación, causada por impurezas externas.
 - Protección contra eventuales traumatismos.
- **Cicatrización :**
 - Favorecer la regeneración de los tejidos.
- **Absorción :**
 - Absorber los derrames serosos.
- **Desinfección :**
 - Destruir los gérmenes patógenos que existen en la superficie de la herida.
- **Compresión :**
 - Detener la hemorragia.

Atención, una cura esconde la evolución de una herida y puede favorecer, en malas condiciones (calor, humedad) la multiplicación de micro-organismos patógenos.

Material

- 1 caja para instrumental esterilizado :
 - 1 pinza de disección plana
 - 1 pinza de Kocher plana
 - 1 par de tijeras
- 1 cubeta de curas (limpia)
- 1 caja de compresas esterilizadas
- 1 bandeja reniforme
- Algodón hidrófilo para la desinfección de la zona afectada (no aplicar nunca directamente sobre la herida)
- Esparadrapo
- Frascos dosificadores conteniendo antisépticos ("matraz") : solución de *cloramina* y/o *clorhexidina-cetrimida* y *polividona yodada* (disolución : ver cuadro, página 7)
N.B. : No mezclar jamás soluciones yodadas con jabones que contengan derivados de mercurio.
La preparación de las soluciones debe ser rigurosa y renovadas cada semana (cada 3 días por lo que respecta a la cloramina).

Normas generales de asepsia

- Lavarse cuidadosamente las manos : después de cada cura y de manera especial si se han cambiado vendajes o esparadrapos, antes de proceder a otra nueva cura.
- Reservar, da ser posible, una sala especial para las curas. Esta sala deberá limpiersa cuidadosamente todos los días. Las mesas de curas serán desinfectadas después de atender a cada paciente.
- Utilizar una caja de instrumental esterilizado para cada cura, o por lo menos, para cada paciente.
- Empezar siempre por lo más limpio y seguir progresivamente hacia lo más sucio.

Técnica

Preparación del material y limpieza de la zona afectada

- Usar una solución de *clorhexidina-cetrimida* (preparación : ver cuadro, página 7).

Ablación del apósito usado

- Quitar el vendaje y el esparadrapo (sin tocar las compresas).
- Lavarse las manos (agua limpia y jabón).
- Quitar las compresas del apósito utilizando unas pinzas de Kocher :
 - Si las compresas se han pegado, empaparlas con una solución isotónica o con un antiséptico.
 - Actuar con suavidad a fin de no arrancar la epidermis en proceso de cicatrización.

Examen de la herida

- Herida suturada y/o aséptica :
 - Comprobar el estado de cicatrización, la existencia de una supuración, la aparición de un hematoma, una infección.
- Herida séptica :
 - Comprobar la aparición de brotes carnosos y la naturaleza de las secreciones.
 - El pus de color azul indica la presencia de pociánico (bacilo muy resistente y que se propaga con mucha facilidad).
 - Comprobar la existencia de una linfangitis.
 - Después de la ablación de las compresas sucias y de la primera limpieza, es aconsejable cambiar de pinzas de Kocher.

Limpieza de la herida

- Utilizar las pinzas de disección (esterilizadas) como pinzas útiles, para tomar las compresas esterilizadas de dentro de la caja y colocarlas sobre la bandeja.
- Para hacer una torunda doblando las compresas en 4, utilizar las pinzas de Kocher y las pinzas de disección (según la siguiente ilustración).



- Verter una solución antiséptica sobre la compresa (herida infectada, quemaduras, abscesos, úlceras : **cloramina** o **clorhexidina-cetrimida** ; herida operatoria no infectada : **polividona yodada** (ver cuadro, página 7).
- Limpiar el contorno de la herida con un movimiento circular o de arriba a abajo. Cambiar la compresa tantas veces como sea necesario.
- Limpiar de arriba a abajo la herida después de haber cambiado la compresa.
- Secar los contornos de la herida y a continuación la herida con distintas compresas

Aplicación del apósito

- Aplicar una o varias compresas sobre la herida.
- Aplicar tiras de esparadrapo :
 - perpendicularmente al eje del cuerpo o del miembro.
 - dejar la parte central del apósito libre a fin de evitar la maceración.

Frecuencia de las curas

Por regla general (existen algunas excepciones) :

- **Heridas operatorias o suturas no infectadas** :
 - Curar el primer día y proteger con cuidado.
 - Curas siguientes, cada 48 o 72 horas (si el nivel de higiene es bajo, cuanto menos se toque una herida limpia, menos peligro existe de que se infecte. Por otra parte, si el estado general del paciente es deficiente, es conveniente comprobar regularmente la evolución de la herida).
- **Heridas infectadas** :
 - Cura cada 24 horas.
- **Quemaduras profundas o extendidas** :
 - Cura al primer día, para esperar después hasta el séptimo, excepto en caso de infección evidente.
- **Úlceras fagedénicas** :
 - Cura cada 24 horas, con hospitalización da ser posible.

Antibioterapia asociada

Por regla general, ninguna antibioterapia debe ser aplicada sistemáticamente, y menos de forma local.

- En las **heridas profundas, con restos de tierra**, para prevenir una gangrena gaseosa : **penicilina procaína** IM : 4 o 5 MUI/d durante 5 días, por lo menos.
- **Abscesos** : antibioterapia inútil antes de la incisión.
- **Quemaduras** : sólo en caso de estar infectadas.
- **Ante el caso de conflictos u otras situaciones catastróficas** en las que el acceso a los cuidados y el seguimiento clínico de los pacientes es aleatorio, considerar el empleo sistemático de **PPF** (o **penicilina procaína**).

Eliminación de residuos

Todos los materiales usados y sucios (algodón, compresas, apósitos...) deben ser recogidos y quemados todos los días.

Como elegir y utilizar los antisépticos y desinfectantes

Ver cuadro, en la siguiente página.

Cuadro 1 : Elección y utilización de antisépticos y desinfectantes

INDICACIONES	PRODUCTOS HA UTILIZAR	DILUCION	CONSERVACION	OBSERVACIONES
- HERIDAS RECIENTES - LAVARSE LAS MANOS - LIMPIEZA DE LA PIEL (ej.: antes inyección) - ASEO PERINEAL ANTES DEL PARTO	CLORHEXIDINA (1.5 %) + CETRIMIDA (15 %) = HAC* o Savlon* o CLORHEXIDINA (5 %) Si no JABON ORDINARIO	20 ml por 1 litro 10 ml por 1 litro	Cambiar 1 vez por semana	No utilizar nunca sobre heridas craneales o en la oreja No utilizar nunca al mismo tiempo que el jabón
	- HERIDAS INFECTADAS (pus, malos olores.) - ABSCESOS - FORUNCULOS - ULCERAS INFECTADAS etc., (todo lo que es purulento)	2 g por litro (equivale a la solución de DAKIN) TOSYLCLORAMIDE = CHLORAMINA T	Utilizar agua corriente o agua filtrada a la llama y hervida 5 minutos. Enjuagar abundantemente el frasco antes de cada preparación	Poner en un frasco de vidrio opaco a la luz (no metálico) En caso de uso prolongado, proteger la piel sana alrededor de la herida con vaselina.
- MICOSIS (ej. muguel) - DERMATOSIS SUPURADAS (eczema, impétigo) - QUEMADURAS SUPERFICIALES - PEQUEÑAS HERIDAS SUPERFICIALES	VIOLETA DE GENCIANA	Solución saturada (5 g/l) 1 c. café por litro. Agitar varias veces, dejar en reposo. Transvasar o filtrar para eliminar los posos	Cambiar 1 vez por semana	No utilizar en la cara de personas de piel blanca ya que puede provocar pigmentaciones persistentes.
- COLOCACION DE CATETER, PL - CORDON UMBILICAL - CAMPO OPERATORIO - HERIDA OPERATORIA ANTES DE SUTURA	POLIVIDONA YODADA (10 %) PVI = Bétadine*	Pura (= 10 % PVI) Diluida en 2,5 % de PVI 1 parte de solución al 10 % + 3 partes de agua filtrada y hervida	Cambiar 1 vez por semana	No utilizar nunca al mismo tiempo que un derivado del mercurio (Merfen*, Mercurocromo, jabón desinfectante)
- CUIDADOS POSTOPERATORIOS (en cada cambio apósito) - LUGAR DE INYECCION	LYSOL o SOLUCION CLORADA	Lysol : 20 a 50 ml/l según estado de la limpieza Lejía 12° (5% cloro) : 50 ml/l Hipoclorito de Ca (70 % cloro) : 3 g/l (2 c. sopa por cubo de 10 l) Cloramina : 5 g/l	Preparar en el momento de usarlos	Precauciones para el uso de las disoluciones cloradas. No utilizar cubos metálicos ni mezclar con detergentes. Para superficies sucias efectuar limpieza previa.
- SUELOS, LAVABOS, JERGENES, MESAS, BANDEJAS, etc...				

Tratamiento de las heridas

Indicaciones quirúrgicas y precauciones

- La sutura inmediata de las heridas es deseable pero no siempre realizable. A veces es peligrosa :
 - No se debe cerrar una herida, incluso limpia, que tenga más de 24 horas.
 - No se debe cerrar una herida infectada.
 - No se debe cerrar una herida de guerra, o una herida por mordedura de un animal.
- Una herida con fractura es una fractura abierta.
- Una herida en comunicación con una articulación es una herida articular.
- Sólo se mencionan aquí las heridas que se pueden tratar en dispensario.
- No se debe olvidar la profilaxis antitetánica si es posible.

Preparación

Limpieza

Lavar la herida y untar la piel que la rodea con *polividona yodada* (ver cuadro, página 7) después de haber afeitado si es necesario.

Material

(Figuras 1a a 1d y 2a a 2c)

- Guantes y campos esterilizados con agujero.
- Botiquín de pequeña cirugía : porta-aguja, agujas de sutura, bisturí con horas estériles, una o dos pinzas hemostáticas, tijeras finas curvas con punta roma, tijeras corrientes para cortar los hilos, separadores de Farabeuf, suturas, compresas, apósitos.

Anestesia local

- Con *lidocaína* 1 % sin adrenalina, si la herida es grande y un poco profunda y si comporta más de dos puntos de sutura.
- Infiltrar el anestésico vía subcutánea pinchando en los bordes de la herida.

Exploración

Separar con los Farabeuf, con la colaboración de un ayudante si fuere necesario, y buscar :

- ¿ Un cuerpo extraño ?
- ¿ Una herida ? ¿ tendinosa ? ¿ de nervios ? ¿ articular ?
- ¿ Una fractura ?
- ¿ Materia cerebral en una herida del cuero cabelludo ?

Sutura

- Suturar siempre con puntos separados, con hilo reabsorbible bajo la piel, no reabsorbible sobre la piel.
- El hilo o bien ya está enhebrado o bien se enhebra en una aguja : aguja recta o curva de sección triangular para la piel, curva de sección redonda para los tejidos subcutáneos
- Aproximadamente, el intervalo entre dos puntos debe ser igual al tamaño de la sutura.

Cuadro 2 : Hilos a utilizar según el tipo de herida a suturar

<i>Piel de la cara</i>	Nylon (no reabsorbible)	dec. 2,5 (= 3/0*)
<i>Piel del cuero cabelludo</i>	Nylon (no reabsorbible)	dec. 3 (= 2/0)
<i>Piel de los miembros y del tronco</i>	Nylon (no reabsorbible)	dec. 2,5 o 3 (= 3/0 o 2/0)
<i>Tejido sub-cutáneo</i>	Reabsorbible sintético**	dec. 3 (= 2/0)
<i>Aponeurosis</i>	Reabsorbible sintético	dec 3 (= 2/0)
<i>Músculo</i>	Reabsorbible sintético	dec. 3 (= 2/0)

* Cuanto más O hay, más fino es el hilo.

** Reabsorción sintética : reabsorción lenta (alrededor de tres semanas) tipo Vicryl*, Ercedex*, Dexon*, Ligadex*.

Técnica

Los esquemas de las páginas siguientes exponen la técnica de los puntos principales

Drenaje

Jamás en la cara, siempre sobre el cuero cabelludo, y si la herida corre el riesgo de supurar o si hay presunción de hematoma.

Extracción de los puntos cutáneos

Quinto día para la cara, séptimo u octavo día para cualquier otra parte del cuerpo.

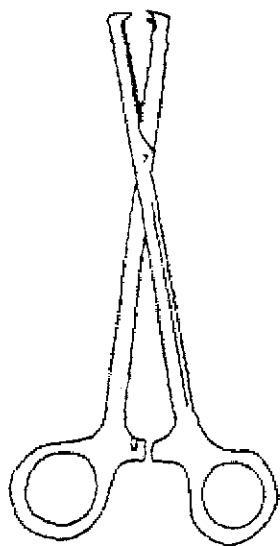


Figura 1a
Pinza de Kocher
cuidado con los dientes

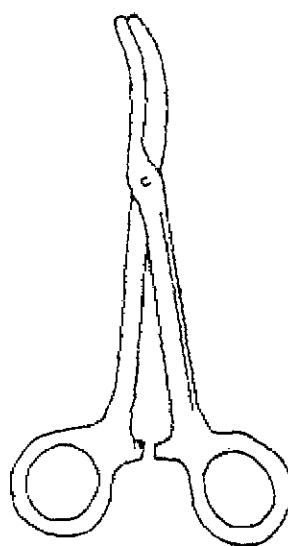


Figura 1b
Pinza de Kelly
curva y sin dientes

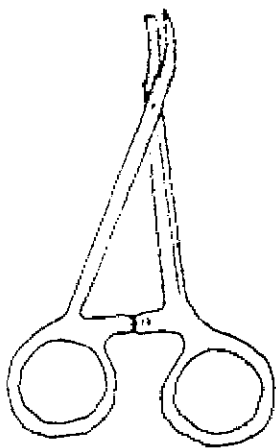


Figura 1c
Pequeña pinza hemostática
curvada y sin dientes

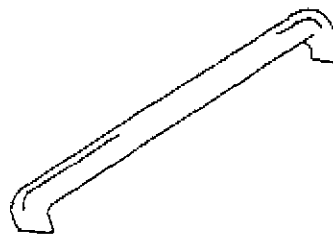


Figura 1d
Separador de Farabeuf

Figuras 1 : INSTRUMENTOS CORRIENTES

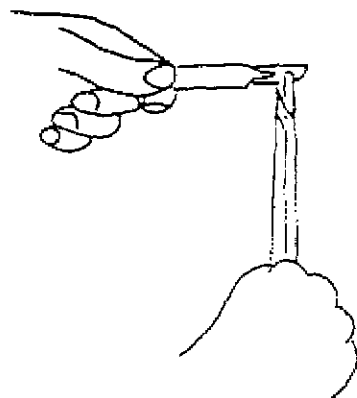


Figura 2a : Introducir siempre la hoja en el bisturí con un porta-agujas. Cambiar la hoja para cada intervención.

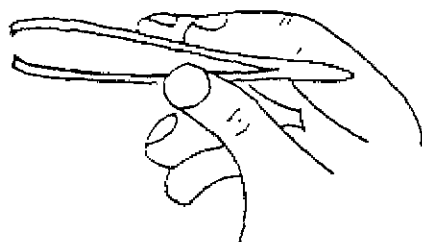


Figura 2b : Una pinza de disección no se mantiene en la palma de la mano sino que debe sobresalir del índice. Utilizar sólo la pinza con dientes para la piel.

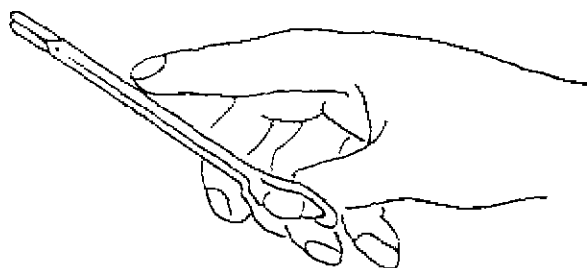


Figura 2c : En los anillos de un porta-agujas, o de un par de tijeras, se introduce el pulgar y el cuarto dedo, y el índice sirve para estabilizar el instrumento.

Figuras 2 : COMO SOSTENER LOS INSTRUMENTOS

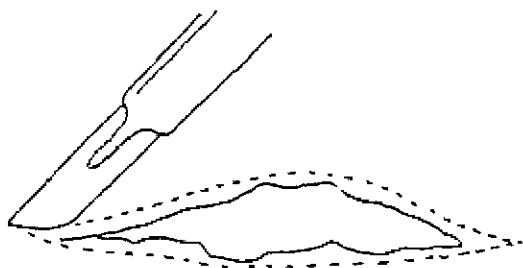


Figura 3a : herida contusa con bordes desfleados : regularización de los bordes con el bisturí. Mantenerse muy prudentes en la cara.

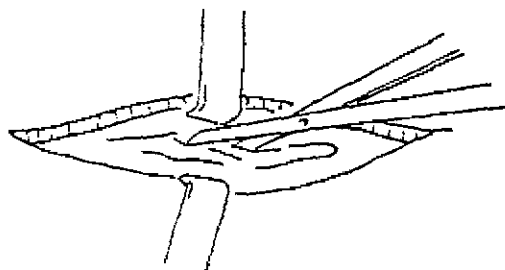


Figura 3b : extirpación de los bordes de una aponeurosis que corren el riesgo de evolucionar hacia la necrosis.

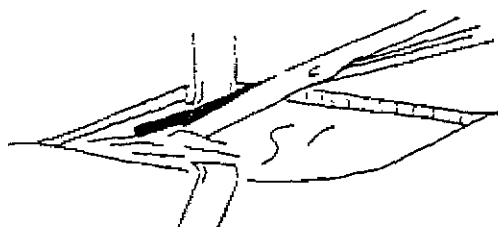


Figura 3c : extirpación de músculo contuso

Figuras 3 : REGULARIZACION DE UNA HERIDA (lo menos posible : extirpación de los tejidos contusos o de los fragmentos desgarrados condenados a la necrosis)

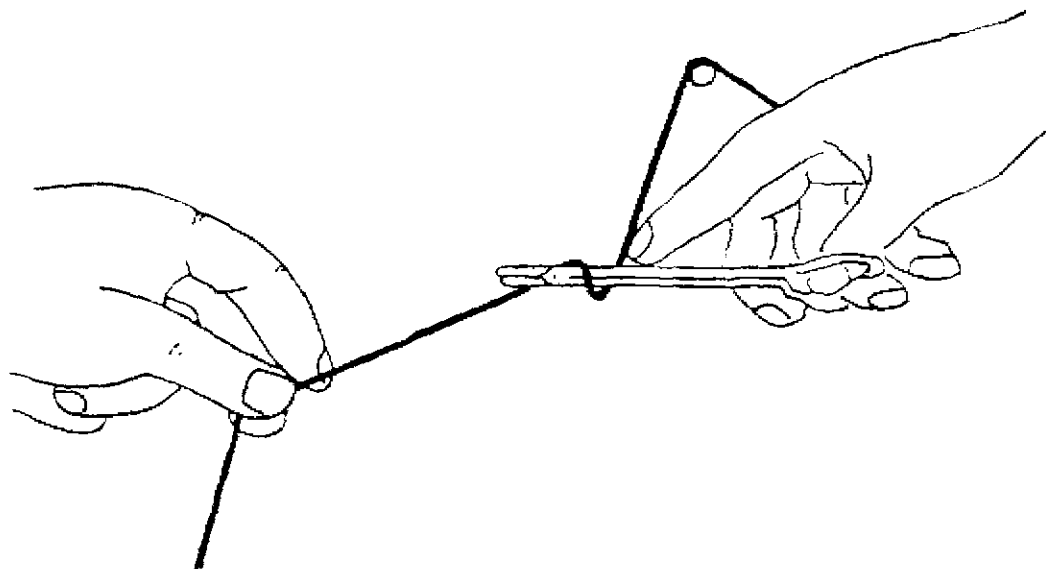


Figura 4a : enrollar el hilo con una lazada alrededor del porta-agujas y acordarse del sentido de esta lazada.

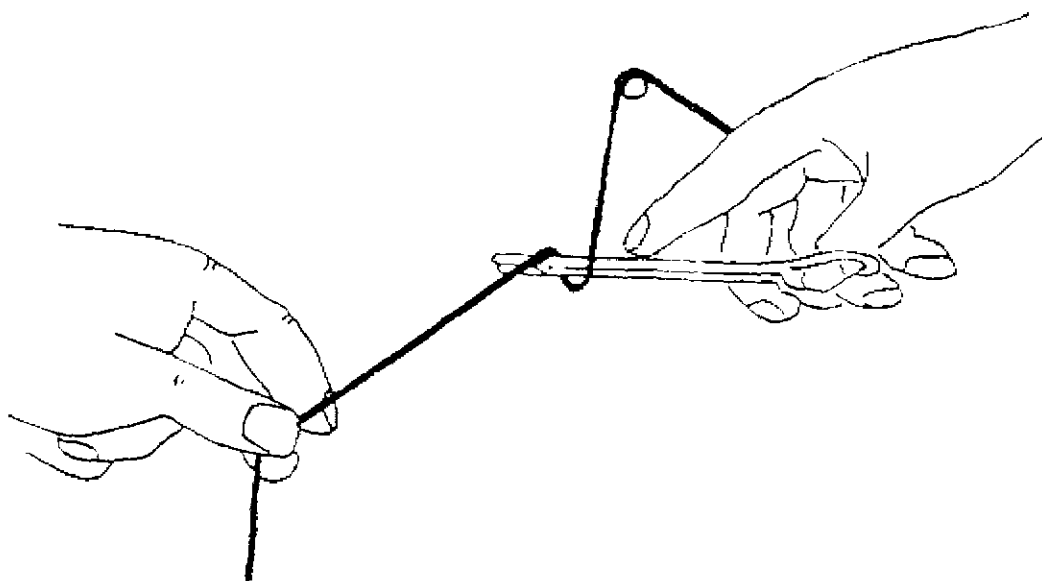


Figura 4b : la segunda lazada se efectúa en el otro sentido. Se necesitan por lo menos 3 lazadas para hacer una sutura, alternativamente en un sentido, luego en el otro.

Figuras 4 : EJERCICIO DE NUDOS CON LA PINZA



Figura 4c : en principio, el primer nudo debe ser plano.



Figura 4d : segundo nudo en sentido contrario.

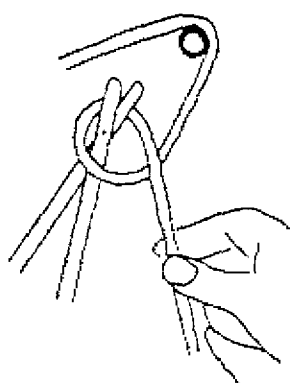


Figura 4e
Coger el otro extremo del hilo con el porta-agujas.

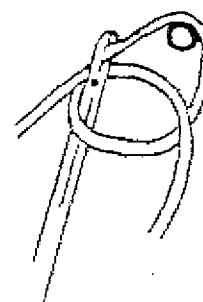


Figura 4f

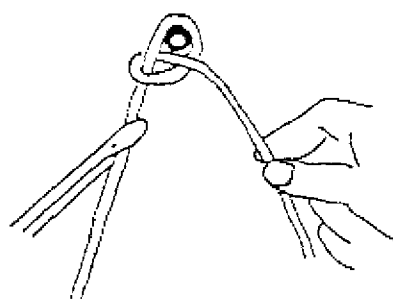


Figura 4g
Deslizar la lazada con la mano que sujeta el cabo libre, estirando el otro con el porta-agujas.

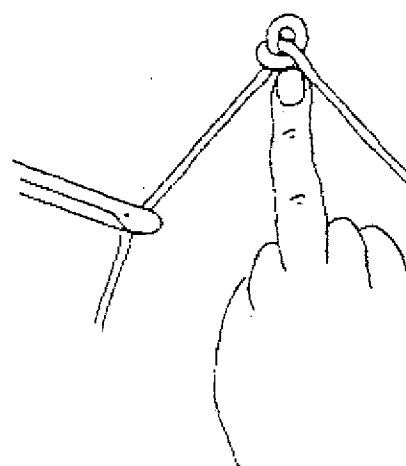


Figura 4h

Figuras 4 : EJERCICIO DE NUDOS CON LA PINZA (continuación)

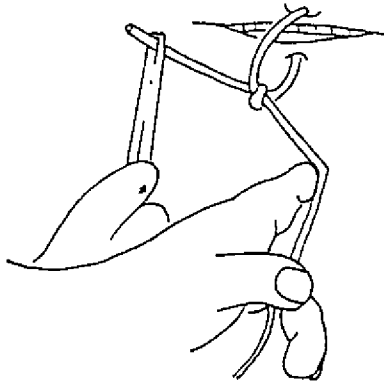


Figura 5a : primer nudo plano

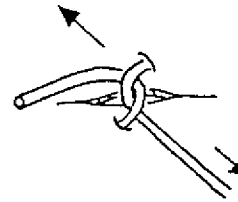


Figura 5b : apretar sin isquemia los tejidos.

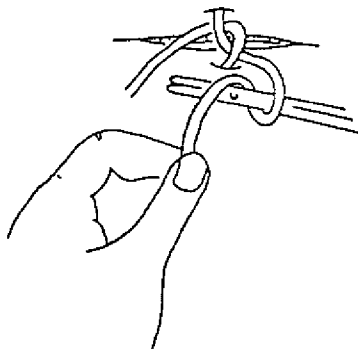


Figura 5c

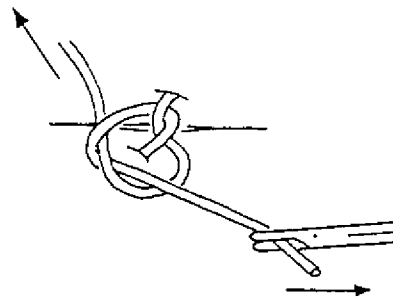


Figura 5d : segundo nudo en el otro sentido.

Figuras 5 : NUDOS SOBRE LA PIEL

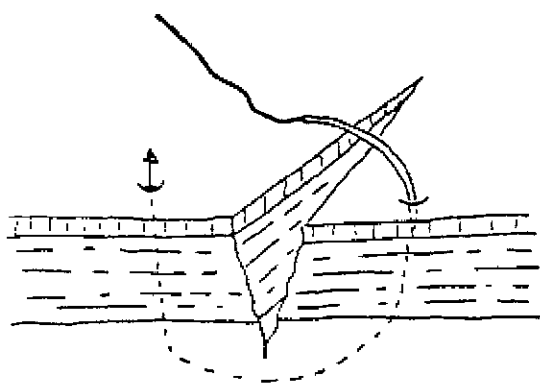


Figura 6a

La sutura debe ser suficientemente profunda.

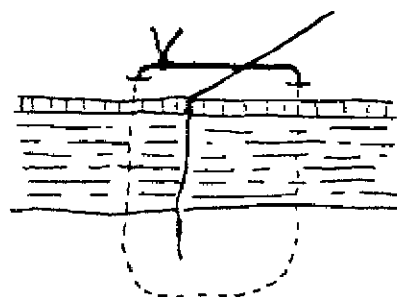


Figura 6b

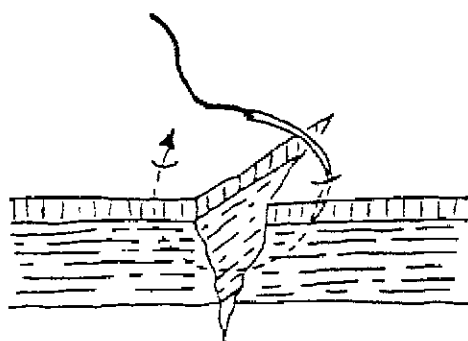


Figura 6c

Sutura poco profunda, los bordes de la herida se invaginan.

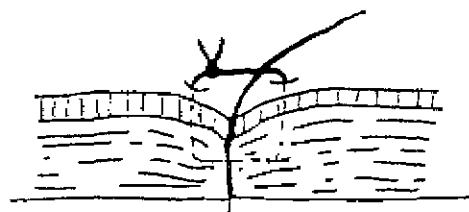


Figura 6d

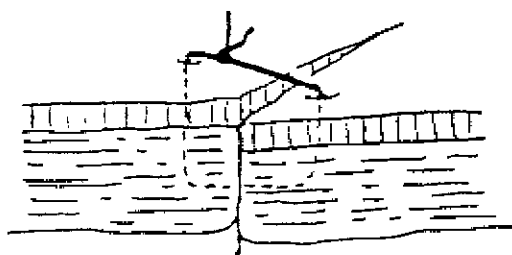


Figura 6e : mala aproximación

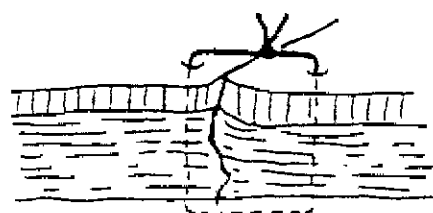


Figura 6f : no hacer el nudo sobre la herida.

Figuras 6 : PROBLEMAS PARTICULARES

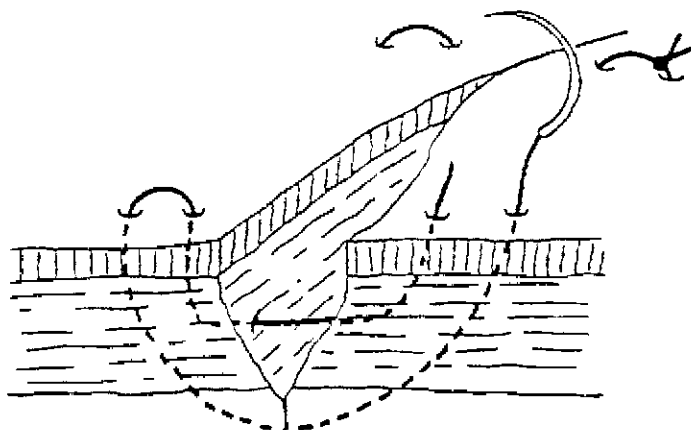


Figura 7
PUNTO DE BLAIR-DONATI QUE PERMITE UNA BUENA APROXIMACION

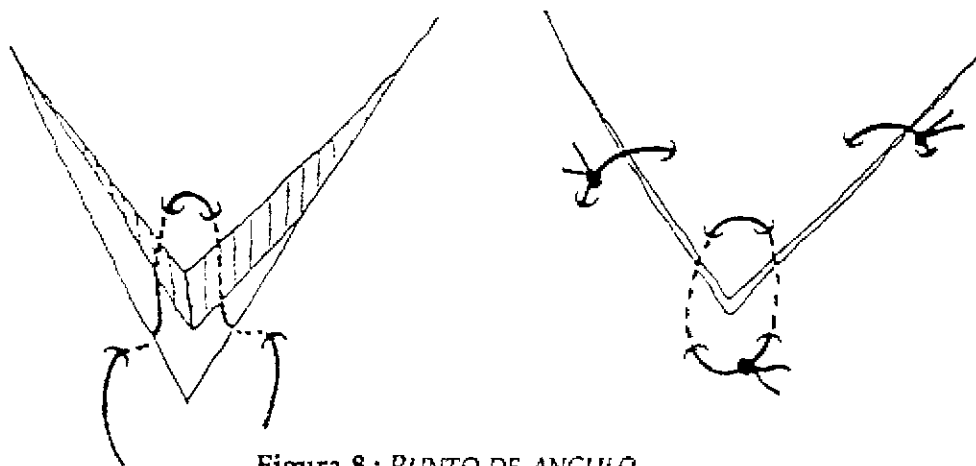


Figura 8 : PUNTO DE ANGULO.

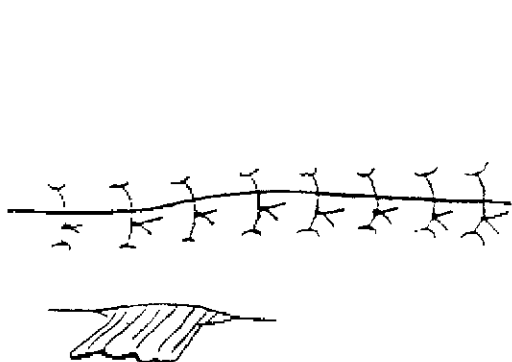


Figura 9 : CIERRE DE LA PIEL CON PUNTOS SEPARADOS DE HILO NO REABSORBIBLE . En caso de herida profunda o de riesgo de hematoma, dejar una lámina de drenaje que sobresalga por una contraincisión.

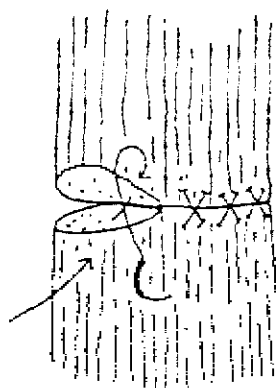


Figura 10 : REPARACION DE UN MUSCULO con puntos separados cogiendo todo su espesor con un hilo reabsorbible cruzado en forma de X.

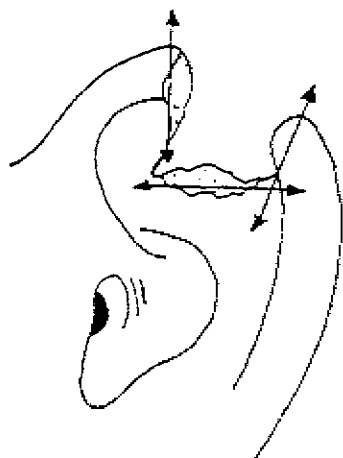


Figura 11a

Descubrimiento del cartilago : resección del cartilago descubierto y recubrimiento con la sutura cutánea. Antibioterapia sistemática (*ampicilina* : 2 g/d para adultos al menos ocho días)



Figura 11b

Figuras 11 : HERIDA EN LA OREJA

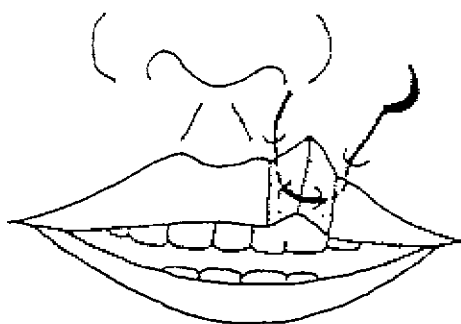


Figura 12a

Empezar con un punto en la confluencia cutáneo-mucosa

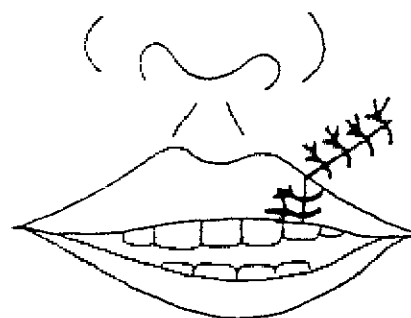


Figura 12b

Para cualquier herida en la cara, no dudar en hacer al principio un plano profundo con hilo absorbible lento. En la piel, hacer puntos pequeños, separados, con nilon de un diámetro igual o inferior a DEC 1 (preferible).

Figuras 12 : HERIDA EN EL LABIO

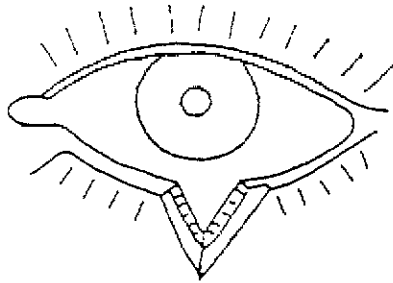


Figura 13a

Hacer un plano mucoso antes de suturar la piel, puntos de hilo absorbible anudados por fuera.

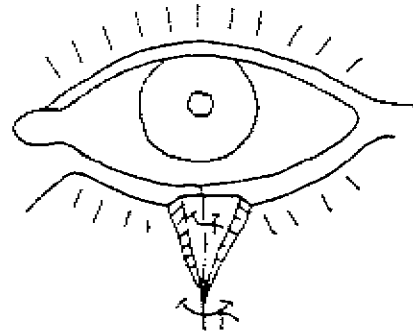


Figura 13b

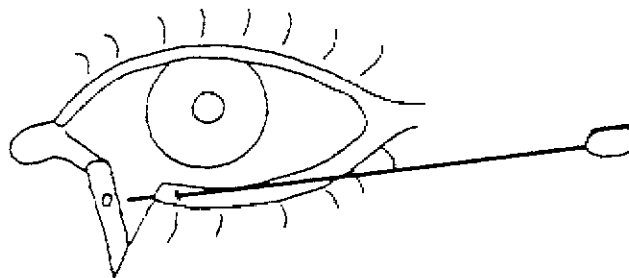


Figura 13c

Herida del párpado en el ángulo interno del ojo, seccionando casi siempre el canal lacrimal : intentar cateterizarlo con un catéter de diámetro pequeño que se fija antes de reparar el párpado. Dejar el catéter 8 días.

Figuras 13 : HERIDAS EN EL PÁRPADO

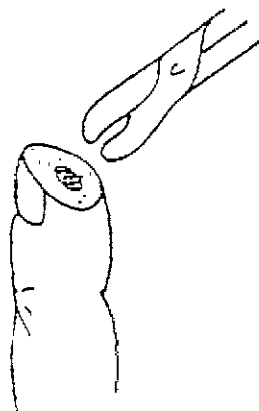


Figura 14a

Herida en el extremo de la falangeta
Sacar y cortar al mínimo el hueso que sobresale. No realizar injertos, cicatrización dirigida, o sea vendajes grasos con regularidad. No realizar suturas que puedan estirar demasiado los tejidos.

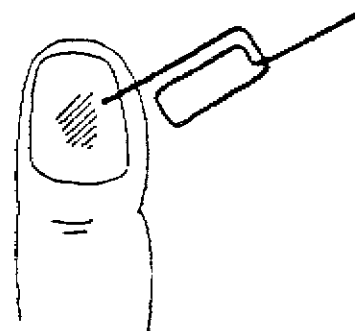


Figura 14b

Evacuación de un hematoma subungular con el "truco" del clip :
se agujerea la uña con la punta de un clip caliente (al rojo vivo), después se evacua el hematoma.



Figura 14c

Descabezamiento de la extremidad del dedo. La falangeta queda al descubierto. Se debe cubrir suturando los laterales y conservar la uña.



Figura 14d

Figuras 14 : HERIDAS EN LOS DEDOS

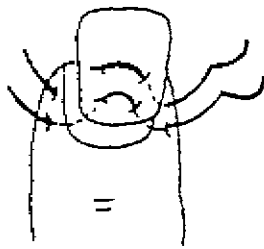


Figura 14e

Desinserción de la uña : conservar la uña y fijarla en los bordes de la falange con dos hilos largos, anudados sobre un pequeño rodillo hecho con un apósito graso, sin apretar.

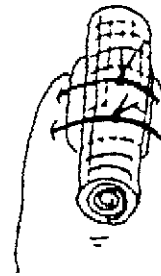


Figura 14f

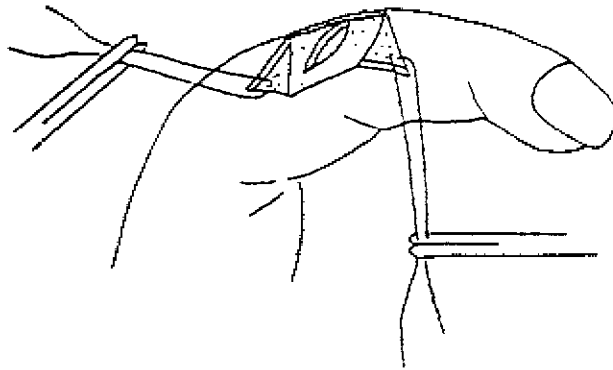


Figura 14g

Herida dorsal del dedo : sobre todo a nivel de articulaciones inter-falángicas, esta herida afecta casi siempre al tendón extensor.

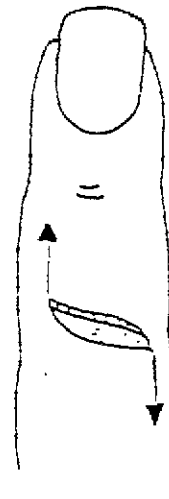


Figura 14h

No dudar en ensanchar como se indica, en el sentido longitudinal o en forma de "Z".

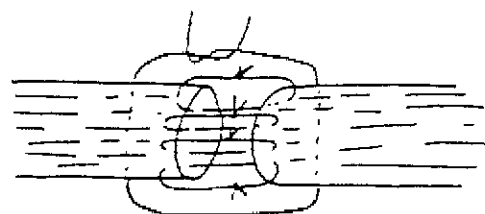


Figura 14i

Un tendón se sutura con hilo absorbible lento : dar un punto al principio, que coja lo ancho de la sección, luego puntos en toda la circunferencia del tendón, una vez se ha apretado el primer punto. Inmovilizar el dedo en posición juncional durante unos quince días.

Figuras 14 : HERIDAS EN LOS DEDOS (continuación)

Quemaduras

Las quemaduras son frecuentes en los países en vías de desarrollo. Los hogares tradicionales mal protegidos son una de las principales causas, sobre todo por lo que afecta a los niños.

Cualquier quemadura de más del 10 % de superficie corporal es una quemadura extensa y pone en juego el pronóstico vital por distintos mecanismos : shock por pérdida de líquidos, catabolismo, sobre-infección

Evaluación

Una quemadura se evalúa en razón de su extensión y de su profundidad. Es necesaria una nueva valoración en cada fase de la evolución.

Extensión

Cuadro 3 : Extensión expresada en porcentaje de superficie corporal y la regla de 9

Superficie	Adulto (%)	Lactante Niño pequeño (%)
Cabeza entera	9	18
Miembro superior	9	9
Cara anterior y posterior del tronco	18	18
Miembro inferior	18	14
Periné	1	1

Cuanto más joven es el niño, más grave es la quemadura

Profundidad

Cuadro 4 : Profundidad de las quemaduras en grados y signos clínicos

1er grado	Eritema doloroso al tacto
2° grado superficial	Eritema con flictenas, doloroso al tacto
2° grado profundo	Piel blanca, seca y blanda. Disminución de la sensibilidad
3° grado	Piel negra, dura, insensible

Tratamiento

Formas leves

- Limpieza con *cloramina* o con *clorhexidina-cetrimida* (ver cuadro página 7).
- Aplicación de *violeta de genciana*
- Dejar al descubierto.

Shock subsiguiente a una quemadura

- Calcular las necesidades de líquido durante las primeras 24 horas : peso del enfermo por el porcentaje de superficie quemada, x 2 = la cantidad en ml de líquido que hay que suministrar por perfusión al enfermo.
Ejemplo : enfermo de 60 kg, quemado en un 20 %
 $60 \times 20 \times 2 = 2400 \text{ ml}$
- El 75 % del total que debe inyectarse es en *ringer lactato*, el resto en macromoléculas o en transfusiones.
- En las primeras 8 horas, debe efectuarse la perfusión del 50 % del total de líquidos que se deben suministrar en las primeras 24 horas.

Primera cura

- Analgesia (*pentazocina* : 30 mg IM) y sedación (*diazepam* : 10 mg IM) si es necesario.
- Profilaxis antitetánica, de ser posible.
- Asepsia quirúrgica rigurosa : utilización de campos, guantes y pinzas esterilizadas (Figura 15).
- Limpiar con cuidado la zona quemada con una *solución isotónica* (clNa 0,9 % o lactato ringer) o con una solución de *clorhexidina-cetrimida* (ver cuadro página 7).
- Extirpación con el bisturí de los restos cutáneos y de las flictenas.
- Aplicación de compresas esterilizadas, empapadas con vaselina sobre las zonas quemadas. Aplicar seguidamente dos capas de compresas ordinarias también esterilizadas. No usar compresas con antibióticos ni corticoides ni pomadas con antibióticos.
- Vendaje poco apretado.
- No utilizar compresas circulares sobre todo en los pliegues de flexión, apósito separado para cada dedo, inmovilización de los miembros en posición funcional.
- A menudo, es preferible cubrir la quemadura con una sola capa de compresa empapada con vaselina, esterilizada, o dejarla destapada, en cuyo caso debe colocarse el herido desnudo, bien cubierto bajo una mosquitera de malla fina.

Segunda y posteriores curas

- Las mismas precauciones analgésicas y asépticas.
- Excepto en caso de que el apósito sea francamente fétido y purulento, la segunda cura no se efectuará antes del 5º día o mejor del 7º. Es mucho mejor espaciar las curas siguientes en intervalos de 5 a 8 días.
- Levantar las escaras negruzcas que cubren a menudo las bolsas purulentas y extirpar con el bisturí los colgajos necróticos (aponeurosis, músculo e incluso tendón).
- En caso de infección notoria, antibioterapia **general**. No utilizar nunca antibióticos locales :

PPF (o penicilina procaína) IM :

Adulto : 4 MUI/d

Niño : 100.000 UI/kg/d

| x 5 días al menos

- Efectuar la misma cura que en la primera fase.
- Esperar la cicatrización que se demuestra por la aparición de un tejido rosado, mate y liso.

Injerto en pastilla

(Figura 16)

- En caso de quemadura de segundo grado profunda o de tercer grado, si la zona tarda en cicatrizar aunque esté perfectamente roja, limpia y lisa.
- Asépsia quirúrgica : preparar la zona en que se extraerá la piel. Afeitar, aplicar **povidona yodada** (ver cuadro, página 7), e introducción subcutánea de **lidocaína** al 1 % (cara anterior del muslo o del antebrazo, por ejemplo).
- Levantar un poco de piel con unas pinzas finas de disección dentadas y cortar con la hoja del bisturí una pequeña pastilla dermo-epidérmica.
- Desplegar esta pastilla y quitar la grasa, si tiene.
- Aplicarla cuidadosamente, extendiéndola bien sobre la zona quemada.
- No acercar las distintas pastillas. Se puede de esta forma cubrir superficies importantes sin necesidad de extraer mucha piel.
- Cubrir con una compresa esterilizada empapada de vaselina, y después con un apósito normal.
- El injerto prenderá a los 8 días, durante los cuales, no se efectuará ninguna otra cura y en los que, el enfermo deberá mantener una inmovilidad absoluta.
- Este método sirve para la cicatrización rápida de las úlceras fagedénicas.

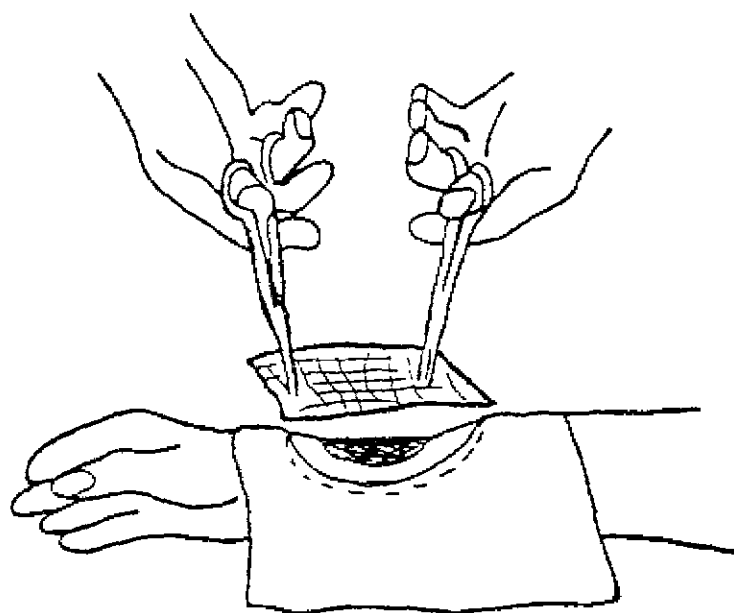


Figura 15 : CURA DE UNA QUEMADURA :
ASEPSIA QUIRURGICA, COMPRESA DE GASA EMPAPADA DE VASELINA

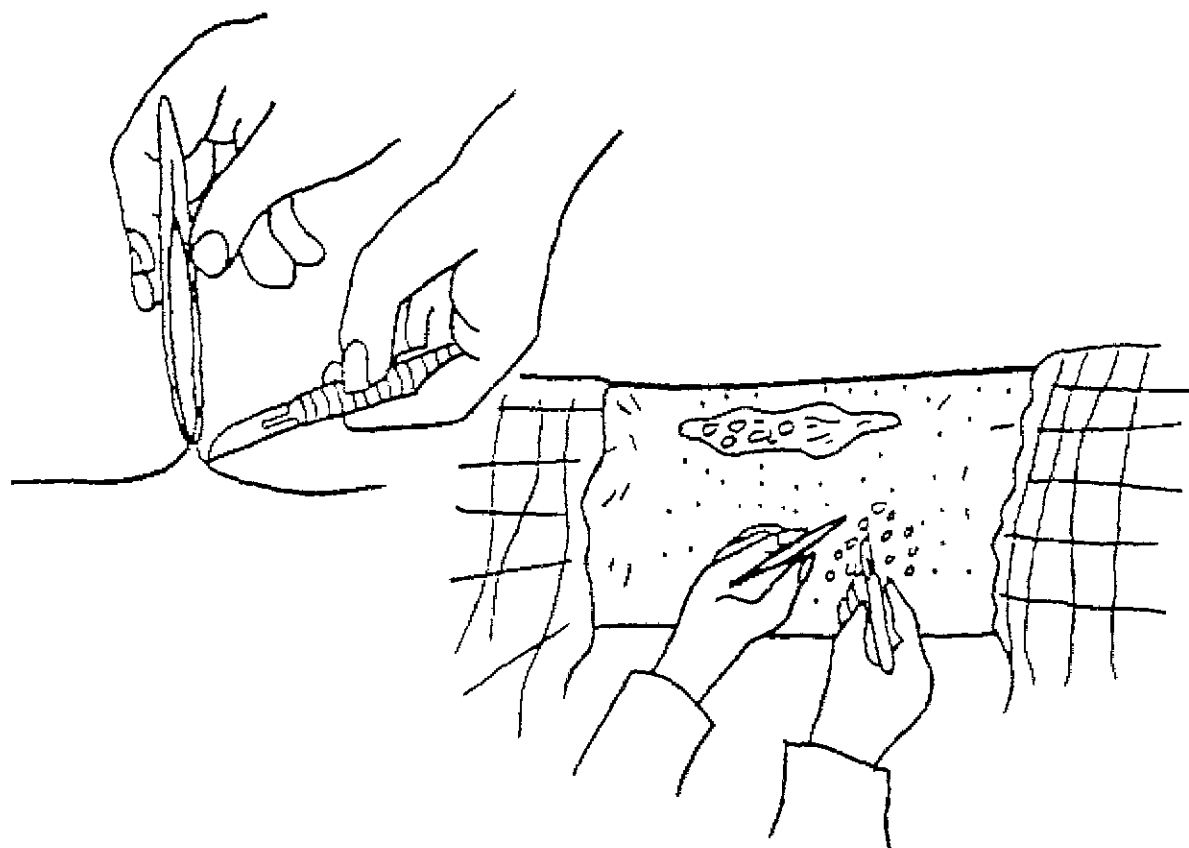


Figura 16 : INJERTO DERMO-EPIDERMICO EN PASTILLA : ASEPSIA QUIRURGICA,
EXTRACCION CON LA PINZA DE DISECCION FINA, DENTADA Y CON EL BISTURI