

Original

Apunts epidemiològics de les cremades al nostre entorn

Mulet i Ferragut J.F., Boya Verdós E. (*)

Introducció

Les cremades són un accident freqüent a l'edat pediàtrica i considerades com un "accident evitable" en la gran majoria de casos.

La revisió de les històries dels infants atesos al nostre servei durant un any ens permet valorar les circumstàncies epidemiològiques de cara a prevenir mitjançant l'educació sanitària i la adopció de mesures adequades, per tal d'evitar les lesions i seqüeles i els costos derivats de les malalties.

Material i mètodes

S'han revisat les històries dels infants tractats a l'Hospital Son Dureta durant el període d'un any. Hom ha analitzat els paràmetres: edat, sexe, lloc de l'accident, agent causal, assistència abans de l'arribada al nostre centre. També s'analitza l'avaluació clínica de superfície corporal cremada i profunditat, zones anatòmiques, tractament fet ambulatori o ingressat, estances produïdes, i seqüeles.

Resultats

S'han tractat 31 malalts dels que 10 varen ingressar, 10 seguiren tractament ambulatori a l'hospital i 11 foren remesos al seu centre de salut. Dels ingressats un va

ésser enviat a una unitat de cremats a la península (Vall d'Hebró Barcelona).

Distribució per sexe: 14 nins i 17 nines

Edat: Va oscil·lar entre els 8 mesos i els 14 anys, distribuïts en: 20 menors de 2 anys, 6 entre 2 i 7 anys, 4 de 7 a 14 anys. D'un ens falta l'edat.

Dels 20 primers: 8 ingressaren, 8 foren tractats a l'hospital i 4 al seu Centre de salut. Del 2n grup (6 pacients): 1 ingressat, 2 hospitalaris i 1 al seu Centre. Del grup de major edat (84 pacients) 3 ingressaren i 1 enviat al seu centre. El que no consta l'edat fou enviat al seu centre.

Estacionalitat: Tots els mesos de l'any han tingut un mínim de 2 cremats i juny amb 5 i octubre en 4 són els mesos en més accidentats per cremades.

Lloc de producció de l'accident

Casa: 29 repartits de la següent forma: cuina: 17. Bany: 3. Menjador: 4. Passadís al menjador: 4. Galeria: 1.

Carrer: 2. Tots dos per tub d'escap de la moto.

Agent causal

Líquid: 23. Cafè: 1, te: 1. Oli: 4. Sopa: 6. Aigua: 7.

Sòlid: 8. Tub d'escap: 2. Forn: 4. Planxa: 2.

Brasa o Flama: 3. Aiguarràs encès: 1. Alcohol encès: 2.

Químic: Cap

Elèctric: Cap (Aquesta dada és de destacar).

Visitats a altre centre abans de la nostra visita:

si: 8 dels ambulatoris i 9 dels ingressats. De tots ells 15 venen amb informe i 2 no.

No: 13.

Zones anatòmiques afectades

Cal tenir en compte que la gran majoria de cremades són multizonals, dit això l'afectació dels nostres malalts ve reflectida a la taula (1).

(*) Servei de Cirurgia Pediàtrica. Hospital Son Dureta.

Les principals combinacions foren: Cara i tòrax, i cara més extremitats. Tots els malalts ingressats tenien, curiosament, afectació de més d'una zona anatòmica mentre que els tractats ambulatoriament, només dos, tenien afectació de més d'una zona i entre aquests últims destaquen les extremitats superiors dels cremats a la cuina (brou o portes del forn).

El percentatge de superfície corporal afectada ha variat del 1% al 85% i si s'ha de fer un comentari és respecta a les mans, cara, i coll que poden comportar malgrat siguin poc exteses, unes seqüeles de tipus estètic i psicològic molt importants.

Els ingressats varen patir un % de superfície corporal lesionada entre el 85% (1 accidentat per aiguarràs en flames i evacuat a centre de cremats) i un 6% (de cara i coll en previsió de complicacions respiratòries), però el major nombre d'ingressos va ésser avaluat entre el 12 i el 16%. (6 malalts).

Tractament

el tractament ha variat segons l'extensió, profunditat i zona anatòmica afectada.

Els visitats i enviats a control als seus respectius centres: neteja, desinfecció (povidona podada), Crema (Nitrofurazon, Sulfadiacina Arg., Colagenasa), tulgrass o silicona, i embenat compressiu a nou malalts. O be: cura a l'aire lliure, prèvia neteja i desinfecció.

Els visitats a urgències i després controlats ambulatoriament a l'hospital reberen el mateix tipus de tractament.

Tots els malalts citats anteriorment reberen l'indicació de no destapar els embenats fins el 8è dia salvant aparició d'olor, temperatura o secreció.

L'evolució d'ambdós grups pot ésser qualificada de bona ja que els remesos als seus centres, cap no va ésser retornat a nosaltres ni per complicació, ni per retard en el seu guariment, i dels controlats a l'hospital 4 reberen només una cura, 5 dos cures i 1 tres cures. Presentaren tots a més una bona i estètica cicatrització.

Del grup dels ingressats: 1 malalt afectat en el 85% de Superfície corporal rebé tractament de suport vital i va ésser evacuat a un centre de cremats protegit amb un embenat. Els altres reberen tractament segons les pautes del servei que podem dividir en : A) Cura humida: Embenat sèrum hipertònic al 10-15% cada 12 hores alternant en : B) Cura seca: Embenat sobre crema i tulgrassum que s'aplica a la nit per millor descans del malalt. C: Cura a l'aire lliure: Sense embenat aplicació de crema de blastoestimulina i vaselina. Aquesta cura només aplicada a cara i coll, per no poder aplicar la cura humida.

Les dades dels 10 malalts es recullen a la taula (2) que demostra les circumstàncies de cada infant ingressat.

Com a dades de caire epidemiològic volem fer menció de que les estades d'aquests malalts, sense contar el traslladat (11 mesos a centre especial de cremats) han sumat: 126 dies el que representa un cost aproximat de 400.000 pessetes. A més caldria afegir l'absentisme escolar dels malalts i el laboral dels familiars, cost que evitant l'accident no existiria.

Conclusions: Les cremades han sofert un descens en el últim temps el manco en la forma de produir-se, com a conseqüència dels canvis en els costums i tecnologies.

Així els cremats per brases, han disminuït (brases, foguerons, etc.) com també ho han fet els elèctrics (diferencials, mesures de protecció d'endolls etc.). Continuen però les cremades a la cuina (1) i per líquids calents mal protegits (cuines, bafs, banyeres) (2). Sense dubte, que els aspectes d'educació sanitària han influït en el descens dels cremats i constatem també que les edats segueixen lligats a la fase de "descobrir" dels infants i el segon pic d'incidència va lligada a jocs esbotats i tubs d'escap dels velomotors.

El sexe masculí a les grans sèries (4) continua essent el més afectat. A una sèrie curta com la nostra no és valorable el fet que hi hagi més nines.

Les seqüeles, sempre temibles cobren especial importància als infants, ja que cara i tòrax son els llocs més freqüentment afectats (5)

Estam convençuts que la tasca d'educació dels pediatres i tots aquells relacionats amb el món de l'infant ha contribuït, però han de contribuir més encara, juntament en les mides dictades per les administracions, a fer que el nombre de cremats a l'edat pediàtrica sigui cada vegada menor.

Zones anatòmiques	Total
Extremitats superiors	18
Extremitats inferiors	11
Cara i coll	9
Torax	6
Esquena	1

Taula 1

Nº	Edat	Sexe	%	Profunditat		Tipus cura			Dies ingrès	Injerts	Alta	Evolutiu
						H	S	A				
1	18m.	Nina	16	2n.3r	Braç Avantbraç	X	X	X	41	Si 2 sessions	9 mesos	Cicatrus
2	2a.	Nin	12	2n	E. l. Tronc	X	X		10	No	2 mesos	OK
3	22m	Nina	8	2n	E. S.	X	X		8	Canvi res.	8 dies	?
4	14m	Nin	12	2n	Cara Torax	X	X	X	4	No	21 dies	OK
5	16m	Nina	12	2n	Cara, braç, Torax	X			3	No	21 dies	OK
6	21m	Nina	12	2n-3r	Cara, coll, torax	X		X	27	Si 2 sessions	7 mesos	Queloides Coll
7	15 m	Nin	6	2n	Cara, coll			X	6	No	19 dies	OK
8	18 m	Nina	7	2n	Cara, coll ma d.	X		X	14	No	1 mes	OK
9	13 m	Nina	12	2n	Cap, cara, tronc	X		X	11	Canvi res.	11 dies	?
10	9 a	Nin	85	2n-3r	Tot			X	1	Trasllat	?	Cicatrus

Taula 2

Bibliografia

- 1.- Elisdottir R, Iudvigsson P, Einarsson O, Thorgrimsson S, Haraldson A. "Paediatric burns in Iceland. hospital admissions 1982-1995, a populations base study". Burns 1999 March; 25 (2): 149-151.
- 2.- Sheller JL, Thuesen B, " Scalds in children caused by Water from electrical kettles: effect of prevention through information. Burns 1998 Aug; 24 (5): 420-424.
- 3.- El-badaway A, Mabrouk AR, " Epidemiology of childhood burns in the burn unit of ain Shams

university in Cairo. Burns 1998 Dec; 24 (8): 728-732.

- 4.- Ferraro A, " Epidemiologic study of 1768 burned patients" Acta Med. Port. 1998 Mar; 11 (3): 265-269.

- 5.- Acton C, Nixon J, Pearn J, Williams D, Leditschke F. " Facial burns in children: a series analysis with implications for resuscitation and forensic odontology". Aust Dent J" 1999 mar; 44 (1): 20-24.