

## □ Epidemiología de las quemaduras en la infancia

*Sr. Editor:*

Las quemaduras son la tercera causa de muerte por accidente en los niños, después de las causadas por vehículos en la vía pública y las asfixias por inmersión. Estos accidentes, las quemaduras, ocurren con mayor frecuencia en los dos extremos de la vida; en los ancianos por disminución de los reflejos y la sensibilidad y en los niños por desconocimiento del riesgo. Con respecto al lugar, el hogar y, dentro del hogar, la cocina son los más peligrosos. A menudo los niños se cuelgan de los mangos o agarraderas de las cacerolas y se vuelcan encima los líquidos calientes (agua, té, café, leche, sopa, etc.) o se caen sobre el fuego en hogares precarios donde cocinan en el piso. También, al acercarse al fuego, o a estufas encendidas, sus ropas pueden prenderse, especialmente si son de materiales inflamables como el nylon. Otras formas son las quemaduras por electricidad, al tocar los enchufes o llevar los cables eléctricos a la boca.

En oportunidad de ocupar el cargo de directora adjunta de hospitales especializados de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, me pareció interesante la idea de que los niños quemados pasaran al área pediátrica, pedido que formulé al Señor Intendente de turno, quien estuvo de acuerdo y prometió destinar un área para niños quemados en el Hospital Garrahan, próximo a inaugurarse. En ese momento se destinaron en los planos 32 camas y 4 salas para balneoterapia (actualmente esta área está reducida a la mitad).

Al leer el trabajo epidemiológico de los Dres. W. Muñoz, J. González y G. Demirdjian (*Arch Arg Pediatr* 1996; 94: 309-313), fue para mí gran sorpresa ver la alta tasa de mortalidad, comparada con un grupo de pacientes atendidos por la que suscribe y su equipo entre 1975 y 1980, en el Hospital de Quemados, donde dicha tasa fue de 4,2 con el agravante de que estos pacientes contaban con un alto porcentaje del grupo IV de gravedad.

Las circunstancias de que después de 17 años la tasa de mortalidad se duplicara me llevó a pensar que tal vez mi idea de pasar los niños quemados al área pediátrica fue equivocada y que la atención de estos niños, tal vez, deba estar en

los hospitales o instituciones para la especialidad, donde todo está pensado para tal fin y todo el hospital en pleno está familiarizado con tal especialidad.

*Dra. Isaura Gómez Carballo*

## BIBLIOGRAFIA

- Benaim F. Avances en el tratamiento de las quemaduras. Ed M Vol L 1978.
- Benaim F. Tratamiento de urgencia de las quemaduras graves. Buenos Aires, 1962.
- Bendlin A, Linares H, Benaim F. Tratado de quemaduras. Interamericana 1993; 1-7.
- Carbajal F, Galveston MD. A physiologic approach to fluid. Therapy in several burned children. Texas 380 Surgery ginecología, obstetricia March 1980 vol. 150.
- Gómez Carballo I, Gustavo R. El niño quemado grave. Enfoque integral. Cirugía Plástica Argentina 1980; V 4, N° 2.
- Jornadas Nacionales de Coordinación y Normatización para el Tratamiento del Paciente Quemado. Iguazú, 6 y 7 de octubre 1979.
- Kenneth, Feldmand, Sterling K, Clarent MD, John MD. Quemaduras por agua caliente en niños discapacitados. Pediatrics (Ed esp); 1981: Vol 11 N° 4.
- O'Neill JA. Evaluation and treatment of the burned child. Pediatric Clinic Am 1975, 22407.
- Peck L, Peck CA. Immediate porcine heterografting of burns in children by John R. J Ped Surg 1974; Vol 9 N° 3 (June).

*Sr. Editor:*

Como autor responsable del trabajo "Epidemiología de las quemaduras en la infancia"<sup>1</sup> y Coordinadora de Terapia Intensiva de Quemados del Hospital Garrahan, debo aclarar algunos aspectos relacionados con la carta enviada por la Dra. Gómez Carballo.

La Unidad de Quemados del Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan" fue inaugurada en 1991 y funciona desde entonces como centro de referencia nacional para niños con quemaduras graves. Cuenta actualmente con seis camas de cuidados intensivos y ocho de cuidados intermedios, un quirófano y dos salas de balneoterapia, capacidad suficiente para cubrir la demanda de derivación de mediana y alta complejidad (incluidas las crecientes derivaciones desde el mismo Hospital de Quemados, que carece de infraestructura para pacientes pediátricos de cuidados intensivos).

Esta unidad cerrada de monopatología inserta en un hospital pediátrico de alta complejidad permite la interacción entre un equipo multidisciplinario especializado en quemaduras y el resto de los recursos humanos y tecnológicos con los que cuenta el hospital, optimizando el complejo manejo de este tipo de pacientes. Dentro de este contexto, es el pediatra quien cumple el rol de médico de cabecera del niño quemado y su familia, lo cual no implica que sea "de los primeros en el ránking" ya que, a mi entender, el adecuado trabajo en equipo requiere del esfuerzo de todos sus integrantes. Es cierto que en algunos centros (como el Shriners Burns Institute de Galveston, uno de los mejores centros de quemados pediátricos del mundo) los niños quemados suelen estar a cargo de equipos netamente quirúrgicos, aunque con formación pediátrica muy distinta a la habitual en nuestro medio. Sin embargo, me consta que esta estrategia suele distar de ser óptima y, como pediatra, considero inadmisibles que un niño no tenga a un pediatra como médico de cabecera.

Finalmente y para referirme al punto central de las cifras de mortalidad a las que se hacen mención, citaré uno de los primeros estudios de mortalidad en quemaduras:<sup>2</sup> "La mortalidad global de una serie de pacientes quemados no puede ser una medida satisfactoria de estándares de tratamiento exitosos a menos que se considere el área quemada en cada caso... "Los innumerables trabajos sobre el tema que siguen a éste (y que revisé personalmente al realizar una serie de estudios que llevaron a la creación de un puntaje de riesgo de muerte para niños quemados)<sup>3-5</sup> dan cuenta de lo difícil que es evaluar el riesgo de morir en un paciente quemado, dada la multiplicidad de factores de riesgo involucrados. La clasificación en grupos de gravedad del Dr. Benaim a la que se hace referencia (que no es específica para la edad pediátrica y sólo se utiliza en nuestro medio) toma en cuenta solamente la extensión y profundidad de una quemadura para estimar su gravedad. Esta categorización es sumamente sensible para detectar los casos más graves, pero carece de discriminación entre ellos, al incluir una gama heterogénea de pacientes en el grupo crítico (como hemos demostrado al comparar varios puntajes en la edad pediátrica).<sup>6</sup> Resulta imprescindible, por lo tanto, conocer otros parámetros que permitan categorizar adecuadamente a los grupos de pacientes

cuyas cifras de mortalidad se pretende comparar, para no caer en la falacia del mal uso de las estadísticas. En este caso, deberían tenerse en cuenta, además, aspectos como: una sumatoria de pacientes grupos III y IV en nuestra unidad del 37%<sup>1,7</sup> (casi en 10% más que las cifras aportadas del Hospital de Quemados), una media de superficie corporal quemada cercana al 20% (rango máximo 97%), un 10% de pacientes con síndrome inhalatorio grave con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y el hecho insoslayable que, en los años 70-80 a los que se hace referencia, un paciente con quemaduras de más del 70% era considerado no viable, por lo cual ni siquiera era derivado. El no tener en cuenta estos múltiples aspectos generará un enorme sesgo, cuyos efectos no deberían minimizarse, reduciéndolos a la mera comparación de dos índices brutos de mortalidad.

No quisiera finalizar sin aclarar que también a nosotros nos preocupa reducir nuestras cifras de mortalidad. Pero si creyéramos que el camino para mejorar las estadísticas es rehuir al desafío que plantean los niños con quemaduras críticas, estaríamos en alguna otra parte.

*Dra. Graciela Demirdjian*

## BIBLIOGRAFIA

1. Muñoz W, González J, Demirdjian G. Epidemiología de las quemaduras en la infancia. Arch Arg Pediatr 1996; 94: 309-313.
2. Bull JP, Squire JR. A study of mortality in a burns unit. Ann Surg 1949; 130: 160.
3. Demirdjian G, Yunis A. Risk factors for mortality in burned children: a score for severity assessment 9th. Congress of the International Society for Burn Injuries. Paris, Francia, junio de 1994.
4. Demirdjian G, Yunis A. Validación prospectiva del Score D.E.M.I. para predecir pronóstico en niños quemados. Medicina Infantil 1995; II, 3: 181-185.
5. Demirdjian G. Adjusting a prognostic score for burned children by logistic regression. J Burn Care Rehabil 1997; 18: 313-316.
6. Demirdjian G. Comparación de distintos scores para predecir riesgo de mortalidad en niños quemados. Rev Arg Quem 1996; 11, 1: 19-23.
7. Demirdjian G, Muñoz W. Análisis estadístico de los primeros 3 años de la Unidad de Quemados del Hospital Garrahan. Rev Cir Inf 1997; 7: 31-35.