

# SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN PACIENTE CON QUEMADURA ELÉCTRICA DE ALTO VOLTAJE

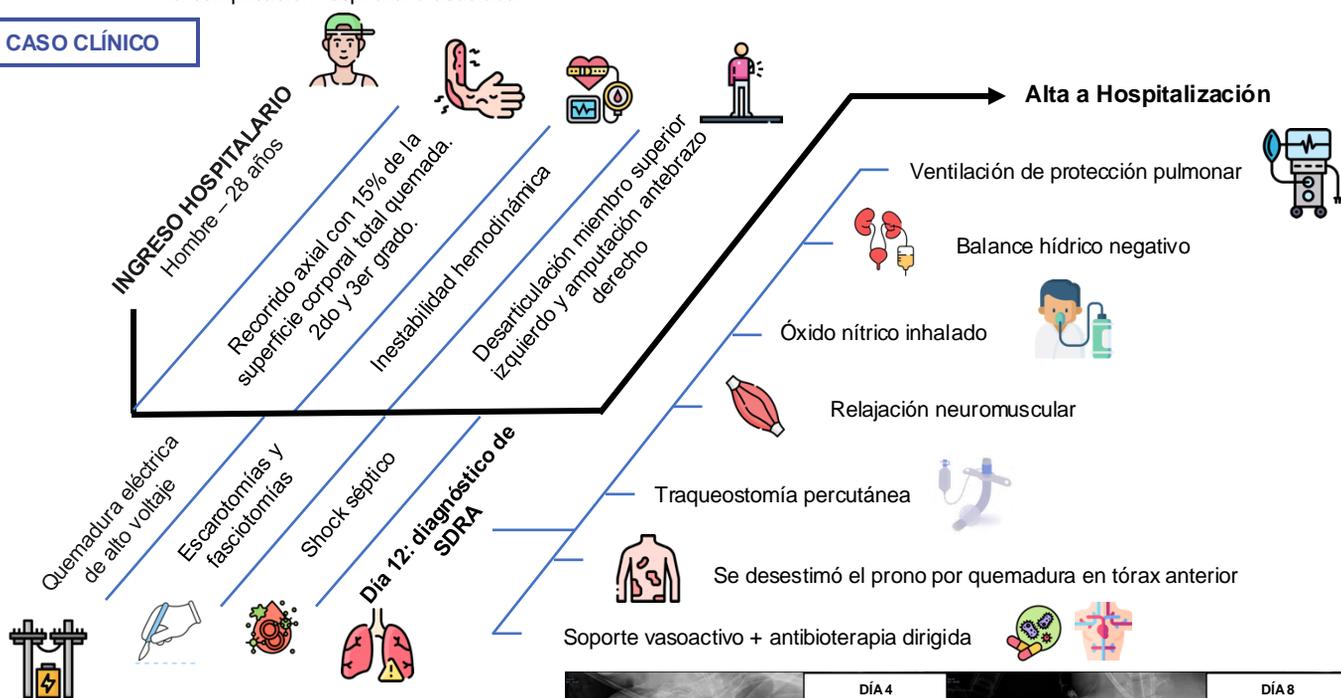
Hernán Rafael Hernández Durán; Andrea Moral Bonet; Ma. Ángeles Ferre Colomer, Ma. Pilar Argente Navarro. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

LaFe  
Hospital  
Universitari  
i Politècnic

## OBJETIVOS

Describir el desarrollo y manejo del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) en un paciente con quemaduras eléctricas de alto voltaje que presentó complicaciones graves, incluyendo sepsis, síndrome compartimental y amputaciones de miembros. Evaluar el papel del óxido nítrico inhalado en la mejoría de la oxigenación y en el manejo de la complicación respiratoria asociada.

## CASO CLÍNICO



## CONCLUSIONES

La aparición de SDRA en pacientes con quemaduras eléctricas de alta tensión es una complicación grave y potencialmente letal, con una incidencia registrada de hasta el 24% y una tasa de mortalidad superior al 30%<sup>1</sup>. En el caso expuesto, la sepsis y varios procedimientos quirúrgicos (como la amputación de ambas extremidades superiores y múltiples curas quirúrgicas) probablemente favorecieron el desarrollo de SDRA.

Este caso pone de manifiesto la complejidad en el manejo del SDRA en el paciente crítico quemado, particularmente en el subgrupo de quemaduras eléctricas de alto voltaje, subrayando la relevancia de implementar estrategias de ventilación protectora y considerar el óxido nítrico inhalado en situaciones de distrés grave.

## REFERENCIAS

- 1 - Wang, B; et al. Incidence and mortality of acute respiratory distress syndrome in patients with burns: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.709642>

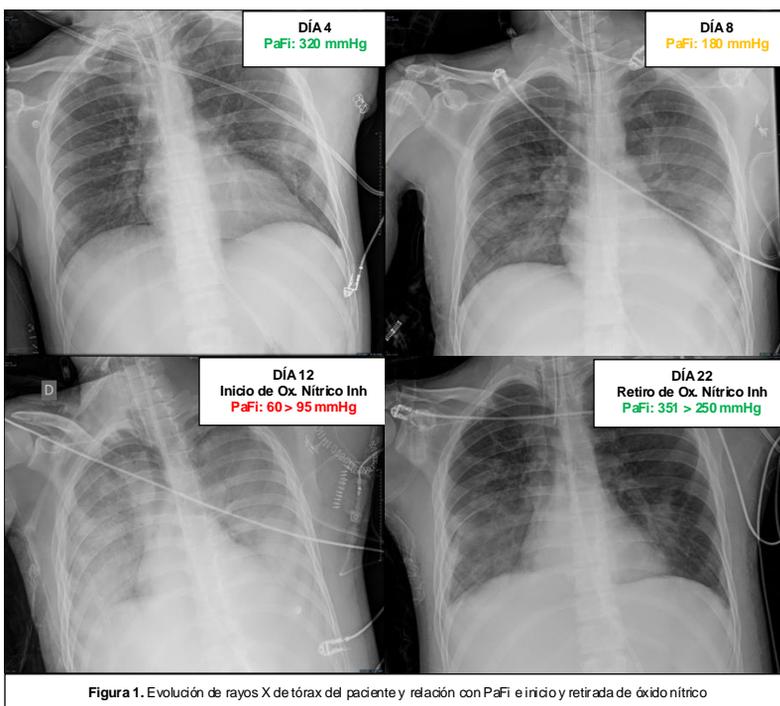


Figura 1. Evolución de rayos X de tórax del paciente y relación con PaFi e inicio y retirada de óxido nítrico



Figura 2. De izquierda a derecha: Miembro superior izquierdo y derecho con escarotomías y fasciotomías, finalmente siendo amputado a nivel del hombro en MSI y amputación bajo el codo del MSD. A la derecha: punta de salida a nivel de rodilla derecha, con exposición de cavidad articular y ósea - finalmente se realiza cobertura con colgajo en dos tiempos con buena evolución.