

Fecundación 'in vitro'
Los bebés probeta
podrían tener un mayor
riesgo genético

Página 4



Niños que mojan la cama
Apoyo familiar, naturalidad y
constancia, claves contra la
enuresis nocturna

Página 12

Marie de Hennezel
"Cuanto más mayores,
más necesidad tenemos
de contacto físico"

Página 14



Mensual de biomedicina y calidad de vida
Marzo de 2009 Número 23

EL PAÍS
Salud

Sobrevivir al fuego

La supervivencia y la recuperación de los grandes quemados son cada vez mayores. Los afectados deben aprender a vivir con las secuelas



Jan Millastre, 11 años después de sufrir quemaduras en el 90% de su cuerpo por una explosión de gas.

CONSUELO BAUTISTA

En portada

Grandes quemados

Sufrir grandes quemaduras en el cuerpo es una de las experiencias más devastadoras que pueda padecer una persona. El accidente se produce en cuestión de segundos, pero las secuelas persisten toda la vida. Los afectados pasan por un largo ingreso hospitalario, numerosas operaciones y mucho dolor. Algunos, con terribles desfiguraciones, deben afrontar el rechazo social y la pérdida de identidad. Sin embargo, en los últimos años ha mejorado la supervivencia y la recuperación de estos pacientes.

Volver a la vida después de las llamas

JOAN CARLES AMBROJO

El pasado 3 de diciembre el drama se cernió sobre un barrio de Gavà (Barcelona). Una deflagración de gas causó la muerte de seis personas y más de dos decenas largas de heridos, algunos de ellos con graves quemaduras. Muchas víctimas fueron atendidas en la Unidad de Grandes Quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, uno de los seis centros sanitarios acreditados en España para atender a las personas que han sufrido grandes quemaduras.

“Son accidentes que se producen en escasos segundos, pero sus secuelas pueden persistir de por vida”, afirma José María Argüello, psiquiatra del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Muchas personas que sufren graves quemaduras acaban con rostros desfigurados, la movilidad afectada y problemas fisiológicos de todo tipo. No todo el mundo supera el trance. Hace tan sólo tres décadas, fallecían la mitad de las personas que sufrían quemaduras en el 50% del cuerpo. Actualmente, llegan a sobrevivir la mitad de adultos con quemaduras en el 90% del cuerpo (antes casi siempre morían), dice Joan Pere Barret, cirujano plástico y jefe de la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Del medio millón de personas que requieren atención médica por quemaduras, los grandes quemados representan una minoría.

Perder la identidad

Las cicatrices son una grave secuela por sí mismas, pero su repercusión va más allá de las complejas molestias y limitaciones físicas. De hecho, pueden tener importantes consecuencias psicológicas, capaces de limitar las relaciones personales y sociales de los afectados, explica el psiquiatra José María Argüello.

En algunos casos, la desfiguración ha hecho mella en la cara y otras partes del cuerpo importantes para la identidad del individuo. El tratamiento médico seguramente mejorará parcialmente algunas cicatrices o la coloración de la piel, pero esa persona no volverá a ser la de antes. Para normalizar la imagen cuentan con un amplio arsenal de recursos: pañuelos, cremas o maquillajes terapéuticos.

El miedo al rechazo y al aislamiento es evidente. “Los niños quemados te preguntan: ‘Cuando vaya al cole, ¿me cogerán de la mano?’”. Las mujeres también viven muy dramáticamente la desfiguración de los senos”, dice Guida Fidel, psicóloga del Hospital Vall d'Hebron. “Les enseñamos a discernir el tipo de mirada que reciben, si es de juicio o de curiosidad por algo que se sale de lo habitual”, añade Fidel. “Una paciente pasó de pensar que llevar máscara le impediría salir a la calle a utilizarla a diario porque siente que le protege”.

Durante la hospitalización, es posible que aparezcan trastornos en la percepción de la propia imagen y la



Xavier Lorza, al volante de su coche.

CONSUELO BAUTISTA

“El día que me vi en el espejo dije: ‘Ése no soy yo’, pero te sobrepones”

Xavier Lorza, de 45 años, vuelve a conducir. En julio de 2005 sufrió un aparatoso accidente durante un rally y quedó atrapado en el asiento del copiloto: fue un minuto interminable, pero supo escapar de la bola de fuego a pesar de tener rota la cadera. “Me salvé porque automáticamente cerré los ojos y la boca”, recuerda. Desafortunadamente, ni el casco ni los guantes le protegieron. Cara y manos quedaron muy dañados, dice días antes de que intenten reconstruirle la nariz: “Parece una patata”, bromea. Tras 15 intervenciones ha mejorado mucho: antes tenía la boca como un agujero. Y le esperan más en el hospital Vall d'Hebron. Las manos eran como dos

muñones; sigue sin notar frío ni calor, pero ha vuelto a poder coger una taza. Y dice: “Ya me siento autosuficiente”.

El dolor le ha acompañado desde el primer día, pero lo ha llevado con filosofía. Sabe que no ejercerá más de comercial y ha vuelto a los rallies para apoyar a su equipo. Recurre habitualmente al Prozac y a pastillas para dormir. “Pero pienso que estoy vivo y eso es lo más importante. Aprendes a valorarlo todo, los abrazos, los hijos, el día a día”, dice emocionado.

El día a día puede ser un calvario, pero el apoyo de la familia le ha insuflado energías para seguir adelante. También le ha servido el ejemplo de Albert Llovera, un

amigo que en 1995 quedó parapléjico durante la copa de Europa de esquí en Sarajevo. “Hace más que todos nosotros: corre rallies, esquí, hace bicicleta de montaña”.

Lorza recuerda cuando le cosieron los párpados para cambiar la piel de esa zona: “Fue una angustia terrible no ver durante varios días”. ¿Dolores? “Vas enchufado a los calmantes, pero lo peor venía con la gimnasia de recuperación y al extraerme las grapas de la piel injertada”. El día que se pudo mirar al espejo se dijo: “Ése no soy yo”. Fue un primer año muy duro. Como muchos otros, desde la asociación de quemados Kreamics apoyará a otros afectados: “Se trata de ser muy solidario”.

autoestima, con predominio de la ansiedad y el miedo al dolor, “que aumentan incluso cuando ven acercarse el carro de las curas”, afirma Argüello. Su situación puede llevar al paciente al trastorno por estrés agudo, durante el primer mes, y luego al trastorno por estrés posttraumático, que se convierte en crónico si sobrepasa los 90 días. Desde hace cinco años, el hospital Vall d'Hebron aplica un programa terapéutico, que incluye a los familiares.

El injerto de piel del propio paciente es la mejor solución cuando es posible

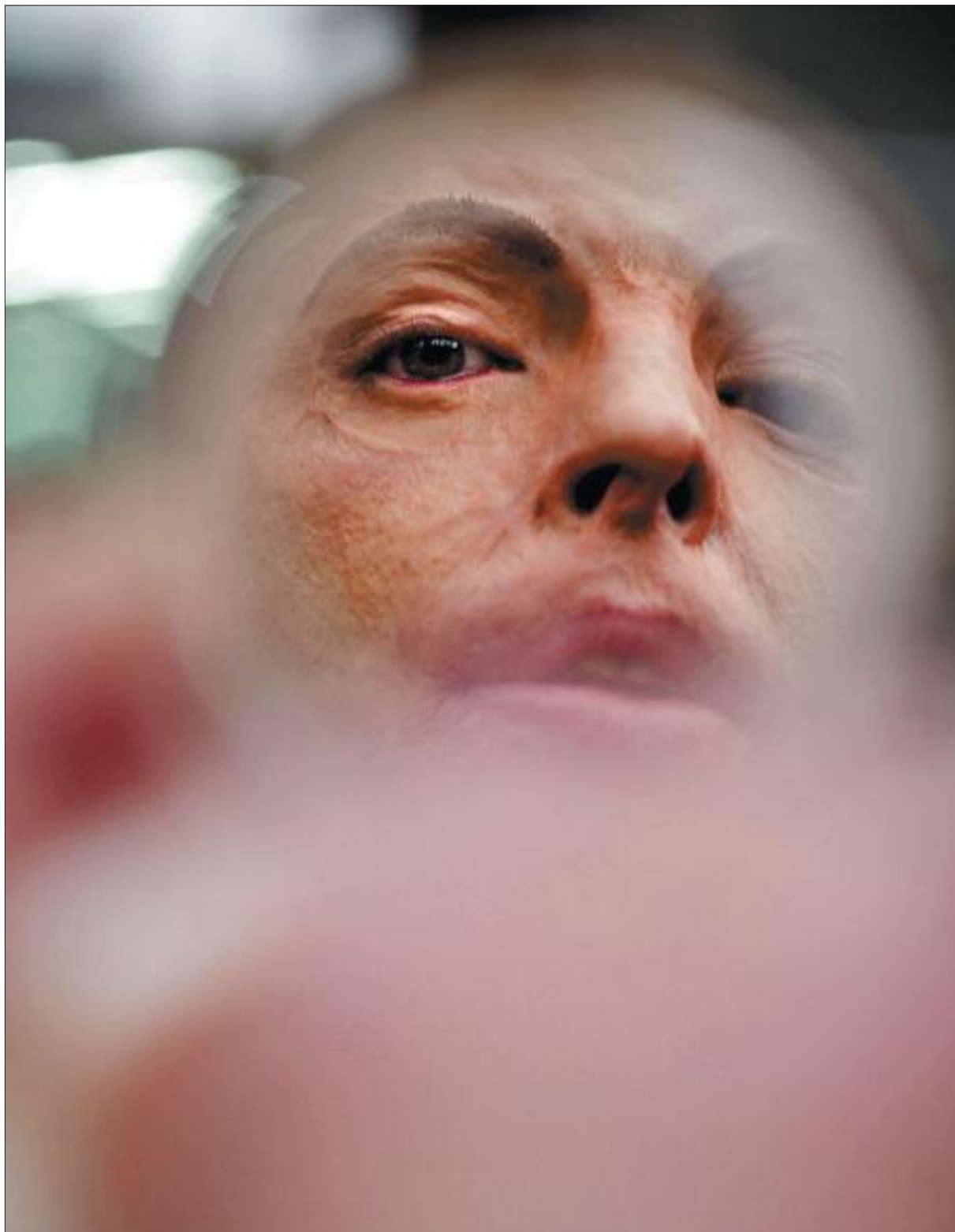
Los especialistas en salud mental intervienen desde el primer momento en la unidad de quemados. El primer paso es facilitar al paciente un espacio de seguridad, “tranquilizarlos por lo que están expresando”, dice Guida Fidel, psicóloga de Vall d'Hebron. No a todo el mundo le hace falta. “El gran mito es que todos los pacientes quemados quedan traumatizados, y no es así”, asegura José María Argüello. “Depende del tipo de accidente, del ajuste premó-

bido de la persona y del apoyo social que tenga”, añade.

Durante los primeros días, el síntoma más característico es la reexperimentación del trauma. Suelen tener recuerdos involuntarios y repetidos de lo que les ha pasado; otras veces son inducidos por películas o noticias relacionadas; también se suelen evitar lugares como la cocina. Los sueños suelen tener contenidos relacionados con el fuego y después aparece la emoción dominante del

En portada

Grandes quemados



Jan Millastre, reflejado en un espejo.

CONSUELO BAUTISTA

“Cuando ves lo que progresas, te fortaleces”

Podía haber tirado la toalla hace mucho, pero no lo hizo. A los 20 años de edad, una explosión de gas en el trabajo quemó el 90% del cuerpo de Jan Millastre. Las frías estadísticas y los médicos no le daban más de 24 horas de vida. Sobrevivió. Y 11 años después, tras 25 intervenciones quirúrgicas y miles de horas de recuperación, se puede decir que este joven ha rehecho su vida. No le ha sido fácil.

Despertó al mes de su ingreso, intubado, con los párpados cosidos para mantener la hidratación y aislado para evitar infecciones. Lo peor, las curas, cada 12 horas: “Cambiar vendas, quitar las cremas secas y poner nuevas”. Es cuando sentía más dolor. Le animaban las visitas, que debían ser a través de un vidrio. Vivía en la incertidumbre: “No sabía ni cuándo ni en qué estado saldría”. Millastre fue descubriendo el resultado, excepto el de la cara. En la planta del hospital de Vall d’Hebron no había ni un espejo. Por casualidad, un día se vio reflejado en una puerta metálica: “Vi a una persona desfigurada entre dos enfermeras. Ese debía de ser yo”, explica. “Fue el choque más fuerte que he tenido en mi vida”. Seis meses después del ingreso volvió a casa, declinando la ayuda psiquiátrica. Se sentía fuerte psicológicamente y la red social de su pueblo, Lladó (Girona), le podía bastar. No se equivocó. Fue entonces cuando se dio cuenta de su verdadera situación, de la larga recuperación que debía afrontar. “Era joven y me puse metas, como volver a jugar a fútbol, recuperar la flexibilidad perdida y lo he conseguido”. Al año de salir del hospital decidió independizarse, compartiendo vivienda, “para no continuar sobreprotegido y que mis padres pudieran atender a mis hermanos pequeños”. Poco a poco comenzó a realizar actividades. Primero, como regidor de Cultura de su pueblo; luego le propusieron apoyar con su experiencia a otros pacientes de la unidad de quemados, y recientemente ha recuperado la iniciativa para crear una asociación de quemados de Cataluña. Desde hace siete años participa en la asociación de discapacitados de Girona GERD, que acaba de inaugurar una fábrica de sillas de ruedas en Cuba. Comprende que le miren con sorpresa: “Si entro solo a un bar se produce un intenso silencio que rompo con un “hoy parece que hace un buen día, ¿no? Intento ser yo mismo”. Lo único que utiliza es un *kit* de camuflaje, unas pinturas cosméticas con las que mejora su aspecto y que son tan importantes como los kilos de crema que gasta para rehidratarse. De hecho, hace tiempo que tiene nueva pareja. A veces, tumbado en la cama, recuerda cuando estaba en la unidad de quemados y comprueba el progreso que ha hecho. “Son recuerdos que me fortalecen”.

momento (ansiedad, temor, vulnerabilidad o indefensión).

Antes de darle el alta médica, se prepara al paciente para que afronte su nueva imagen, pueda comenzar a “normalizar” su vida, volver a casa y a los lugares habituales, y reencontrarse con conocidos. En algunos casos, se le sigue en consultas externas. Es un proceso que “puede ser muy duro”, dice Fidel. “Las continuas intervenciones quirúrgicas no le permiten desvincularse de la propia experiencia de ser pacientes de la unidad de quemados”.

Tratamiento precoz

Ahora sobreviven más personas lesionadas gracias al tratamiento precoz de las quemaduras (se mejora el estado hemodinámico y metabólico del paciente), el mayor conocimiento de la fisiopatología de las quemaduras, el mejor tratamiento del *shock*, la extracción de piel quemada de forma temprana y las mejoras en sustitutos cutáneos mediante la incipiente bioingeniería tisular.

El paciente llega ahora antes y más estabilizado a la UCI especializada, lo cual permite avanzar la extracción de tejidos muertos a las 24 o 48 horas del ingreso y proceder a su cobertura mediante piel sintética (preparados en forma de láminas) o de cadáver, “que son soluciones provisionales hasta que se obtie-

Para saber más

- Tratamiento de quemados: www.quemados.com
- Asociación Catalana de Quemados Kreamics. Tel. 663 705 757
- Asociación de Quemados de Aragón. Tel. 976 279 727 www.asociacion-aqua.org
- Asociación Madrileña de Quemados. Tel. 619 727 900

ne piel del paciente de zonas sanas o cultivada en el laboratorio”, dice César Casado, jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario La Paz de Madrid, otro de los seis centros nacionales acreditados para grandes quemados. Desde hace años también se realizan trasplantes de piel de cerdo, “pero sólo se coloca sobre quemaduras de grueso intermedio o superficial”, afirma el cirujano Joan Pere Barret. Es un periodo crítico en el que también se debe evitar el fracaso multiorgánico.

Uno de los problemas de la piel cultivada, que habitualmente se utiliza cuando las quemaduras superan el 70%, es su mayor fragilidad para manejarla en el quirófano. Y que “todavía no somos capaces de re-

Las curas comienzan a las 48 horas con la inmersión del paciente en agua limpia filtrada

producir el sistema glandular, con folículos y glándulas”, dice Álvaro Meana, el coordinador del Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias (CCSTA), el único fabricante en España de esta piel con dermis y epidermis.

El tratamiento de un gran quemado comienza en la ambulancia que evacua al paciente, donde lo intuban y sedan. Ya en el hospital, se calcula la extensión, profundidad y localización de las quemaduras. No es lo mismo tener quemaduras de primer grado superficiales que de tercero (las más graves). Se considera que el quemado es crítico cuando es un adolescente o una persona mayor de 60 años con quemaduras en el 15% del cuerpo o un adulto con más del 25% de superficie afectada. Agrava el pronóstico que la víctima haya inhalado vapores a alta temperatura o sufrido otro tipo de trauma, así como que sea diabético, alérgico, alcohólico o fumador, o que haya tenido anteriormente un infarto o intervención quirúrgica, añade César Casado.

En la unidad se controla el estado general del paciente. Los intensivistas procuran estabilizarlo y vigilan que llegue la sangre a las extremidades. A partir de las 48 horas del ingreso, comienzan las curas con la inmersión del paciente en agua limpia filtrada y su cobertura

con cremas a base de plata o de sulfadiazina (para prevenir las infecciones). La logística del quemado es compleja: se usan camas que mantienen al paciente *flotando*, grúas para los baños y unidades de diálisis, ya que una de las consecuencias de las quemaduras puede ser el fallo renal y otros importantes cambios fisiopatológicos a nivel hormonal, circulatorio y respiratorio.

Una vez que está fuera de peligro, con la piel muerta retirada y el injerto de piel nueva, el paciente pasa a la fase de recuperación física. Las técnicas de microcirugía también permiten, por ejemplo, la reparación de nervios mediante injertos, así como transferir colgajos libres de músculos de la espalda o del tronco para devolver la funcionalidad a una mano, añade César Casado.

A pesar de todos los esfuerzos, los resultados obtenidos por la cirugía plástica aplicada a los quemados “son aún mediocres en comparación con la reconstrucción de grandes malformaciones craneofaciales”, señala Joan Pere Barret. Una nueva línea de trabajo del hospital La Paz ha permitido ensayar técnicas como la dermoabrasión y *spray* enriquecido de plasma de plaquetas, explica César Casado. Próximamente, probarán el láser fraccionado para tratar de disminuir las secuelas de la cicatrización.