

Tratamiento rehabilitador del paciente quemado

Pepa Adrados

Terapeuta ocupacional, especialista en quemados

Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)

El Tratamiento Rehabilitador (Fisioterapia y Terapia Ocupacional) del paciente quemado va a depender mucho de la extensión y profundidad de la quemadura, de la edad del paciente y de la etapa en la que se encuentre. En líneas generales, el tratamiento será el siguiente.

En pacientes críticos es frecuente que debido al dolor y al edema, se intente mantener posturas de confort, generalmente en flexión, tendentes a favorecer la retracción de la piel. Por lo tanto, en esta etapa, uno de los objetivos es *el posicionamiento en máxima extensión cutánea* con el que intentamos conseguir una alineación correcta de articulaciones, y un equilibrio musculotendinoso adecuado. Este posicionamiento lo llevaremos a cabo con ayuda de almohadas o bien con el uso continuo o alterno de férulas posicionales de termoplástico. Si el paciente está consciente y orientado, le haremos partícipe pidiendo su colaboración en el mantenimiento de la postura adecuada. En el caso de quemaduras en las extremidades superiores, intentaremos mantener los brazos separados del cuerpo unos 90°, los codos en extensión, las muñecas ligeramente en flexión dorsal, y las manos en semiflexión y oposición. Si la quemadura está en cuello, pediremos lo mantenga extendido, no use almohada y/o utilice el collar cervical que se le habrá colocado. Si la quemadura se encuentra en las extremidades inferiores, le animaremos a mantener las rodillas estiradas, evitando la semiflexión de las mismas, así como ir corrigiendo la posición de los pies. También, en esta etapa, se tendrá en cuenta si hay algún problema respiratorio, por inhalación de humos, edad o enfermedad respiratoria previa. En caso positivo se le aplicará la *fisioterapia respiratoria adecuada* pasiva o incentivada.

En paciente estables, además de mantener una postura adecuada, comenzaremos lo más pronto posible a *favorecer la movilidad*. Si está reducida, se iniciará una movilización pasiva, si hay movilidad, aunque sea escasa, se le animará a que intente moverse él mismo con el objetivo de favorecer el drenaje, reducir el edema y mantener la movilidad articular y el tono muscular. Es muy adecuado que si el paciente puede asistir al área de rehabilitación lo haga. Otro objetivo es lograr su *colaboración, en la medida de lo posible, en las actividades de la vida diaria* de alimentación, vestido y transferencias. (Si se requiere, la Terapeuta Ocupacional le realizará las adaptaciones que precise). Esta actividad, además de mantener la funcionalidad, le ayudará psicológicamente a sentirse mejor. En el caso de Intervenciones quirúrgicas, el paciente permanecerá en cama e inactivo hasta que tanto la zona injertada como la dadora estén cruentas (unos 7 días más o menos). A partir de entonces, se puede iniciar la movilización, sobre todo activa, hasta el nivel de dolor. Si se le ha colocado un sustituto dérmico (INTEGRA) el paciente mantendrá en todo momento la amplitud que se le haya dado y podrá realizar una movilidad sin forzar durante los 21 días de espera hasta la colocación de un injerto sobre el tejido artificial. A partir de ese momento, se actuará de la misma manera que se describió más arriba.

En la etapa de secuelas, es bastante frecuente la aparición de una cicatrización anómala, caracterizada por placas fibrosas, bridas y, lo más común, la hipertrofia cicatricial. Todos estos fenómenos pueden dar lugar a rigidez de la piel y retracciones de la misma con la consiguiente disminución de la movilidad. Es este *un periodo de*

rehabilitación intensa cuyo objetivo principal es luchar contra esos fenómenos para corregirlos o evitarlos lo más pronto posible. Para ello, *la movilización tanto activa como pasiva* estará encaminada a conseguir la máxima movilidad, la coordinación y la bimanualidad. En esta fase es muy frecuente la aparición de ampollas o heridas porque la piel es nueva y débil, pero su presencia no debe paralizar el tratamiento. Únicamente hay que evitar la infección manteniendo limpia la zona lavándola y aplicando polividona iodada. Si la retracción comienza a aparecer podemos también corregirla con la aplicación de *férulas correctoras activas o pasivas y/o collares cervicales*, todos ellos en extensión cutánea máxima.

El defecto o la ausencia de elasticidad de la nueva piel también dificultan la movilidad. Para mejorarla, además de la *repetición de diferentes movimientos* en actividades diversas, el *masaje cicatricial* es otra técnica que hemos de emplear, así como la *hidratación* que se realizará varias veces al día (4 o 5). El tipo de crema a emplear variará según pacientes, no existe "la crema". Otro fenómeno que se puede producir es la alteración, en mayor o menor medida, de la sensibilidad de la piel pudiendo darse tanto la hipersensibilidad (muchacha) como la hiposensibilidad (poca). En el caso de hipersensibilidad en las manos, esta nos puede dificultar la integración de las mismas en las actividades de la vida cotidiana. Es muy importante conseguir lo más pronto posible su normalización, para ello es importante tocar y manejar diferentes tipos de materiales y sobre todo esforzarse en emplearlas en todo momento y desde el principio

En cuanto a la hipertrofia cicatricial, la *presoterapia* es el tratamiento de elección, ayuda a la reducción del colágeno y a la reestructuración del mismo. Para que esta sea efectiva, su uso ha de ser continuo y el mayor número de horas posible. Se puede implementar los efectos de la presoterapia con la utilización de siliconas bajo la prenda

Otro aspecto que hemos de tener en cuenta es la hiperpigmentación que el sol puede producir sobre la piel quemada, por lo que es de obligado cumplimiento *la utilización de cremas de protección solar*, así como *evitar la exposición* en horas de máxima radiación.