

Tractament rehabilitador del pacient cremat

Pepa Adrados.

Terapeuta ocupacional, especialista en cremats. Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)

El Tractament Rehabilitador (Fisioteràpia i Teràpia Ocupacional) del pacient cremat depèn molt de la extensió i profunditat de la cremada, de l'edat del pacient i de l'etapa en què es trobi. En línies generals, el tractament serà el següent.

En pacients crítics, és freqüent que a causa del dolor i l'edema, s'intenti mantenir postures de confort, generalment en flexió, tendents a afavorir la retracció de la pell. Per tant, en aquesta etapa, un dels objectius és el posicionament en màxima extensió cutània amb el que intentem aconseguir una alineació correcta d'articulacions, i un equilibri musculotendinos adequat. Aquest posicionament el durem a terme amb l'ajut de coixins o bé amb l'ús continu o altern de fèrules posicionals de termoplàstic. Si el pacient està conscient i orientat, li demanarem la seva col·laboració en el manteniment de la postura adequada. En el cas de cremades a les extremitats superiors, intentarem mantenir els braços separats del cos uns 90 °, els colzes en extensió, els canells lleugerament en flexió dorsal, i les mans en semiflexió i oposició. Si la cremada és al coll, demanarem el mantingui estès, que no s'utilitzi coixí i / o que es faci servir el collaret cervical que se li haurà col·locat. Si la cremada es troba a les extremitats inferiors, li animarem a mantenir els genolls estirats, evitant la semiflexió, així com anar corregint la posició dels peus. També, en aquesta etapa, es tindrà en compte si hi ha algun problema respiratori, per inhalació de fums, edat o malaltia respiratòria prèvia. En cas positiu, se li farà la fisioteràpia respiratòria adequada, passiva o incentivada.

En pacient estables, a més de mantenir una postura adequada, començarem el més aviat possible a afavorir la mobilitat. Si està reduïda, s'iniciarà una mobilització passiva; si hi ha mobilitat, encara que sigui escassa, se li animarà a que intenti moure's ell mateix amb l'objectiu d'afavorir el drenatge, reduir l'edema, i mantenir la mobilitat articular i el to muscular. És important què, si el pacient pot traslladar-se fins a l'àrea de rehabilitació, ho faci.

Un altre objectiu és aconseguir la seva col·laboració, en la mesura en què sigui possible, en les activitats de la vida diària: alimentació, vestit i transferències. Si es requereix, la Terapeuta Ocupacional li ajudarà en les adaptacions que necessiti. Aquesta activitat, a més de mantenir la funcionalitat, ajudarà al pacient sentir-se millor psicològicament.

En el cas d'intervencions quirúrgiques, el pacient romandrà al llit i inactiu fins que la zona empeltada i la donant hagin cicatritzat (uns 7 dies més o menys). A partir de llavors, es pot iniciar la mobilització, sobretot activa, fins al nivell de dolor. Si se li ha col·locat un substitut dèrmic (INTEGRA) el pacient mantindrà en tot moment l'amplitud que se li hagi donat i podrà realitzar una mobilitat sense forçar durant els 21 dies d'espera fins la col·locació d'un empelt que cobreixi el teixit artificial. A partir d'aquest moment, s'actuarà de la mateixa manera que ha estat descrita més amunt.

En l'etapa de seqüeles, és bastant freqüent l'aparició d'una cicatrització anòmala, caracteritzada per plaques fibroses, brides i, pel més comú, la hipertròfia cicatricial. Tots aquests fenòmens poden donar lloc a rigideses i retraccions de la pell amb la consegüent disminució de la mobilitat. Durant aquest període de rehabilitació intensa, l'objectiu principal és lluitar contra aquests fenòmens per corregir-los o evitar-los el més aviat possible. Per això, la mobilització tant activa com passiva estarà encaminada a aconseguir la màxima mobilitat, la coordinació i la bimanualitat. En aquesta fase és molt freqüent l'aparició de butllofes o ferides perquè la pell és nova i feble, però la seva presència no ha de paralitzar el tractament. Únicament cal evitar la infecció mantenint neta la zona rentant i aplicant polividona iodada. Si la retracció comença a aparèixer podem també corregir-la amb l'aplicació de fèrules correctores actives o passives i / o collarets cervicals, tots ells en extensió cutània màxima.

El defecte o l'absència d'elasticitat de la nova pell també dificulten la mobilitat. Per millorar-la, a més de la repetició de diferents moviments en activitats diverses, el massatge cicatricial és una altra tècnica que hem d'emprar, així com la hidratació que es realitzarà diverses vegades al dia (4 o 5). El tipus de crema a emprar variarà segons pacients, no existeix "la crema". Un altre fenomen que es pot produir és l'alteració, en major o menor mesura, de la sensibilitat de la pell. Pot donar-se tant la hipersensibilitat (molta) com la hiposensibilitat (poca). En el cas d'hipersensibilitat a les mans, aquesta ens pot dificultar la integració en les activitats de la vida quotidiana. És per tant molt important aconseguir el més aviat possible la seva normalització, per això és aconsellable tocar i manejar diferents tipus de materials, a més d'esforçar-se en emprar-les en tot moment i des de l'inici de la teràpia.

Quant a la hipertròfia cicatritzat, la **pressoteràpia** és el tractament d'elecció, ajuda a la reducció del col·lagen i a la seva reestructuració. Perquè aquesta sigui efectiva, el seu ús ha de ser continu i el major nombre d'hores possible. Es pot implementar els efectes de la pressoteràpia amb la utilització de silicones.

Un altre aspecte que hem de tenir en compte és la hiperpigmentació que el sol pot produir sobre la pell cremada, pel que és d'obligat compliment la utilització de cremes de protecció solar, així com evitar l'exposició en hores de màxima radiació.