

Proceso de intervención de fisioterapia en el paciente quemado

M^a Eugenia Amado Vázquez

Profesora Titular Facultad de Fisioterapia. Universidad de A Coruña. España

Fisioterapeuta. Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña. España

e-mail: amado@udc.es

Las quemaduras, representan actualmente uno de los accidentes más graves, frecuentes e incapacitantes que existen. En los últimos veinte años ha aumentado considerablemente la supervivencia de las personas afectadas de quemaduras y concomitantemente su calidad de vida. El proceso de rehabilitación de pacientes quemados es muy complejo, necesita de un equipo multidisciplinar, con enfoque en el cuidado holístico y debe tener como objetivo promover la adaptación, incluyendo las recuperaciones física, psicológica y social. El mecanismo de cicatrización de las quemaduras es dificultoso y va a depender directamente de la superficie y profundidad de la misma. Las quemaduras tipo A son quemadu-

ras superficiales, que evolucionan a la curación de forma espontánea, no requieren injerto cutáneo, las tipo B, son quemaduras totales, profundas, que necesitan injerto de piel para su tratamiento. Las tipo AB son aquellas que el pronóstico evolutivo es dudoso, pues no puede asegurarse si podrá llegar a realizar una cicatrización espontánea o será necesario un injerto.

Cuando se trata de una lesión extensa, lleva asociada de forma constante la retracción e hipertrofia de partes blandas, y esto debe de ser frenado de forma precoz mediante cirugía y el proceso de rehabilitación.

El proceso de intervención de fisioterapia dentro de la rehabilitación será de forma diferente

según el grado, lesiones asociadas, complicaciones, estadio evolutivo y funcional del paciente:

En las tipo A se precisa habitualmente trabajo sobre:

Control postural: a alternar en función de los riesgos evolutivos, en búsqueda de capacidad cutánea máxima, evitar retracciones, con la utilización de dispositivos ortésicos (férulas rígidas estáticas) o almohadas (evitando también edemas). Las ortesis deben de estar regularmente controladas, bien adaptadas y perfectamente toleradas.

Cinesiterapia articular, para mantener rangos articulares, ejercicios isométricos y movilización pasiva en sentido inverso a la retracción y suave y lenta en sentido de la retracción. La movilización activa (asistida) para mantenimiento del tono y realizada en diferentes esquemas de movimiento para producir flexibilidad cutánea, e inhibir contracturas musculares.

Bipedestación y marcha, con medios comprensivos si son necesarios, cuando lo permita la situación clínica del paciente.

Fisioterapia respiratoria

En las tipo B podemos realizar un esquema diferenciando dos fases:

Fase I. Se realizarán las medidas anteriormente citadas teniendo en cuenta la hiperalgesia que presentan, y la escarectomía e injerto realizado, que requieren inmovilización con plazos variables según el caso (4-5 días a semanas), para permitir la vascularización del mismo. Durante este período el tratamiento no debe crear zonas de separación o hematomas que puedan comprometer el injerto; y la cinesiterapia se realizará evitando la movilización y trabajo dinámico de las zonas intervenidas.

Fase II. Continuación de medidas utilizadas en las quemaduras tipo A. Se retiran ortesis durante el día y se enseñan autoposturas con estiramiento cutáneo de al menos 20 minutos. Para las deformaciones y rigideces articulares se suplementan los dispositivos ortésico con sistemas dinámicos (utilizados durante el día y cortos períodos de tiempo). La compresión flexible regulada puede incorporarse antes del fin de la epidermización, para posteriormente utilizarla para reducir la fibrosis y formación de queloides; siempre y cuando la solidez de la piel lo permita. Realización de masoterapia de drenaje venoso y linfático. Masoterapia de desbridación cicatricial (en etapa de madurez cicatricial tras la prueba del blanqueo dinámi-

co o vitropresión), y que en la última etapa de tratamiento se realizará a la totalidad del injerto.

En próximos artículos de esta sección trataremos de ofrecer información más detallada sobre los aspectos antes citados incluyendo las colaboraciones de diferentes profesionales que trabajan en este campo de actuación dentro de la rehabilitación funcional.

Más información en:

Zderic V, Foley J, Luo W, et al. Prevention of post-focal thermal damage by formation of bubbles at the focus during high intensity focused ultrasound therapy. Med Phys. 2008; 35: 4292-99.

Martínez S, Viñas S, Patiño S, et al. Fisioterapia en los pacientes quemados. Quemaduras, tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados. Revista Iberoam Fisioter Kinesiol. 2004 ; 7: 107-113

Suman OE, Spies RJ, Celis MM, et al. Effects of a 12-wk resistance exercise program on skeletal muscle strength in children with burn injuries. J Appl Physiol. 2001; 9: 1168-75.

Howell JW. Management of the acutely burned hand for the nonspecialized clinician. Phys Ther. 1989; 69: 1077-90.