

La función del Terapeuta Ocupacional en el equipo de Rehabilitación del paciente quemado

Luisa Simón Sanjuan

*Terapeuta ocupacional. Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña
Profesora Asociada de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña
e-mail: luisa.simon.sanjuan@udc.es*

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y su misión es preservar y cubrir todas las estructuras (músculos, tendones y nervios), proteger al organismo contra la invasión bacteriana, evitar la pérdida de fluidos, regular la temperatura, proteger las terminaciones nerviosas responsables de la discriminación táctil, siendo el elemento de unión sensorial entre el sistema nervioso y el entorno. También es importante su papel como medio de interacción social, (identificación, atracción sexual, imagen corporal). Cualquier alteración de estas funciones lleva consigo la pérdida de funcionalidad de los elementos citados y pone en peligro la calidad de vida del individuo.

La quemadura es una lesión cutánea y, según su localización, grado y extensión, puede pro-

ducir una disfunción física y psíquica en el área de autocuidado, laboral y lúdica. El trabajo del Terapeuta Ocupacional (TO) consiste en paliar esa disfunción, evitando la aparición de una discapacidad. El TO tendrá en cuenta al paciente, a la familia y al entorno, y sus áreas de intervención serán:

- técnicas de entrenamiento en Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD) y (AIVD);
- mantenimiento de los arcos de movimiento;
- asesoramiento y realización de Productos de Apoyo (PA) y modificación del entorno físico;
- realización de férulas posturales personalizadas y adaptadas a la evolución del paciente quemado.

PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Evaluación

A través de la historia clínica, del contacto con el personal que le atiende y de la familia y usuario, valoraremos:

- estado de ánimo del paciente: pasividad, miedo, depresión, agresividad;
- movilidad (encamado o se levanta) y colaboración en las AVD;
- tipo, extensión y localización de las quemaduras y edema;
- problemas cutáneos que puedan producir retracción, pérdida de balance articular o muscular y alteraciones en la sensibilidad;
- tendremos en cuenta si se ha realizado algún tipo de injerto, desbridamiento, etc, que requiera nuestra intervención rápida (realización de férulas para mantener la postura tras la intervención quirúrgica).

Intervención

Fase aguda: vigilaremos y corregiremos el posicionamiento del usuario, mediante férulas posturales realizadas a medida, para disminuir las manifestaciones dolorosas causantes de algunas rigideces y conseguir una posición que se oponga a las fuerzas de contractura, proporcionando una alineación segura de las

articulaciones y manteniendo el equilibrio tendinoso sin causar heridas por estiramiento o presión.

El posicionamiento de los diferentes segmentos corporales es el siguiente:

- *El tronco*: la postura correcta es la recta, previniendo las posturas tendentes a la escoliosis.
- *Las caderas*: la posición correcta es a 0° de extensión, sin rotación externa ni interna, y 10-15° de abducción.
- *Las rodillas*: en 0° de extensión, evitando la flexión de rodillas y la ulceración en el tendón de Aquiles.
- *Los tobillos*: en 90° de flexión.
- *Los hombros*: en 90° de abducción y 10-15° flexión, el codo a 0° de extensión, evitando la aducción y rotación interna.
- *Las muñecas y manos*: muñecas en 20-30° de extensión, las articulaciones metacarpofalángicas en 50-70° de flexión, y las interfalángicas en extensión, el pulgar en abducción y oposición.

Fase subaguda o de cicatrización: caracterizada por la aparición de fenómenos tróficos (bridas, adherencias, queloides, contracturas) y por limitaciones físicas y funcionales, tendre-

mos que valorar y prescribir los PA (cuchara, peine...), y realizar actividades para:

- prevenir la deformidad
- preservar la integridad de los ligamentos
- evitar las contracturas
- proporcionar estiramiento a los tejidos en cicatrización
- reducir el edema
- restablecer la movilidad y la funcionalidad.

Comenzaremos con actividades de autocuidado para preservar la autonomía, actividades recreativas sencillas que nos ayuden a aumentar la movilidad, favorecer la circulación y mejorar la autoestima y el estado psíquico.

Se seguirán utilizando las férulas con termoplásticos especiales, que se van corrigiendo y adaptando a la evolución del paciente para aumentar la elasticidad de la piel y la amplitud articular.

Fase de secuelas o de rehabilitación: también se deben utilizar férulas, que ya pueden ser dinámicas (beneficiosas para pacientes con acortamientos de tendones y con adherencias de tejidos blandos. Estas férulas deben utilizarse con cuidado ya que pueden causar presión o fricción sobre la piel. Trabajaremos actividades que nos ayuden a aumentar el arco

de movimiento, preservar o mejorar la coordinación y la destreza, mantener y aumentar la fuerza y la resistencia, restablecer la ejecución correcta de los gestos y desarrollar las habilidades funcionales para conseguir la máxima independencia.

El TO utilizará la actividad o el juego como método terapéutico adaptando esta actividad a la edad, a los objetivos planteados y al gusto y necesidades del paciente.

Si hay amputaciones por quemaduras, la intervención de TO es la misma que en cualquier amputación.

TIPO DE FERULA A APLICAR SEGÚN LA TOPOGRAFIA DE LA QUEMADURA

Quemadura de cuello: la férula más común es el collar cervical para mantener el cuello en extensión, definir la línea de la mandíbula y evitar la eversión del labio.

Quemadura axilar: la férula axilar debe ser en contacto total, para posicionar y producir una presión constante sobre las bridas. El tamaño de la férula dependerá de la extensión de la quemadura, y la posición deseable es: hombro en abducción de 90° a 130° y flexión de 10° a 15°.

Quemadura de codo: la férula en la cara anterior del codo y en extensión máxima. La longitud más adecuada es 2/3 de del antebrazo y 2/3 del brazo.

Quemadura de la muñeca:

-Cara palmar: la férula indicada es en 30° de extensión de muñeca y pulgar y dedos libres.

-Cara dorsal sin afectación del pulgar: la férula indicada es de muñeca en posición neutra o 10° de extensión y dedos libres.

-Cara dorsal con afectación del pulgar: la férula indicada será de muñeca con inclusión del pulgar, la muñeca en extensión de 10-15°, pulgar en abducción y extensión, demás dedos libres.

Quemadura de la mano:

-Cara palmar: la férula indicada es posicional, con una extensión de 30-40° en muñeca, las metacarpofalángicas en extensión completa ó 10-15° de flexión, las interfalángicas en extensión, los dedos en abducción y el pulgar en abducción.

-Cara dorsal: la férula indicada es la "intrinsic-plus" con la muñeca en 20-40° de extensión, flexión de metacarpo-falángicas entre 50-70°, extensión completa de interfalángicas y pulgar en abducción y oposición.

Quemadura de la pierna: la férula indicada es en extensión de rodilla, para prevenir o corregir la contractura y aplicar presión en las bridas.

Quemadura del talón: la férula será un anti-equino, manteniendo un ángulo de flexión de 90°, y el largo será desde la fosa poplítea hasta los dedos del pie.

Más información en:

Respostorio de UD [Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2011[acceso 18 de Enero de 2014]. Sánchez Yáñez, M. Férulas en el paciente quemado: revisión bibliográfica.

Andrados Díaz de Rada, MJ. Capítulo 14: Un caso clínico de quemaduras. Polonio López B. *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos.* 1ª Edición. Madrid: Editorial Médica Paramericana; 2003. [235-254]

Gollop R. Capítulo 13: Quemaduras. *Terapia ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y práctica.* Turner A, Foster M, Johnson SE. Madrid: Elsevier España; 2003. [363-78]

Adrados. Tratamiento de terapia ocupacional en el niño con graves quemaduras; 2008. Serie de ponencias.

Willard & Spackman, editor. Terapia Ocupacional. 10ª Edición Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.