

Tratamiento de fisioterapia en una quemadura con acelerante: caso clínico

Silvia Vázquez Vilariño

Fisioterapeuta

Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña. A Coruña. España

e-mail: silvia.vazquez.vilarino@sergas.es

Las quemaduras que afectan a cara, tórax y manos son habituales en personas que intentan encender hogueras con acelerantes (gasolina, alcohol...). En la fase aguda nuestros objetivos son evitar la aparición de retracciones por mala posición del paciente, mantener el balance articular y muscular, y favorecer la función respiratoria. En estos casos encontramos edema en la cara que suele ser marcado en los párpados, la función respiratoria deprimida por dolor, y disminución de la movilidad torácica si la zona afectada es extensa. Hay una tendencia a la rigidez de las articulaciones interfalángicas, lo que requerirá de una especial atención. Así mismo es importante mantener la elasticidad palpebral para evitar el cierre incompleto del

ojo, lagofthalmos, ya que puede producir daño ocular (sequedad, queratitis, úlceras corneales). El parpadeo es fundamental para estimular la producción de lágrimas y extenderlas sobre la superficie ocular. Nuestra intervención se iniciará cuando la piel del párpado esté íntegra y podamos aplicar una crema compatible con la zona ocular para efectuar un suave masaje que nos permita flexibilizar la zona cicatricial. En nuestro trabajo es fundamental la colaboración del paciente por lo que debemos informar de la necesidad de su adhesión al mismo para evitar complicaciones y lograr la máxima funcionalidad posible.

La paciente es una mujer de 76 años que sufre una explosión por alcohol de quemar mien-

tras intentaba encender la chimenea. Presenta quemaduras de primer y segundo grado que afectan al cuello y la cara (incluidas cejas, pestañas y vibrisas), y quemaduras de segundo y tercer grado en tórax derecho, abdomen, raíz de miembros inferiores y ambas manos. Se estima un 20% de la superficie corporal total afectada. Preciso de una intervención quirúrgica bajo anestesia general para cobertura de manos con injertos laminares e injertos mallaados para tórax, abdomen y muslos. Las quemaduras de la cara evolucionaron favorablemente con un tratamiento conservador.

La intervención quirúrgica se realizó tras veinte días de ingreso. El tratamiento de fisioterapia previo a los injertos consistió en movilización de miembros superiores e inferiores tanto en las articulaciones afectadas como en las no afectadas para mantener el balance articular y muscular. También se hizo trabajo respiratorio insistiendo en la reeducación diafragmática con la que se buscaba el aumento del volumen corriente ya que la paciente presentaba un patrón ventilatorio costal superficial. Con el objetivo de expulsar las secreciones se la entrenó en la realización de Drenaje Autógeno (DA). El dolor y la falta de colaboración dificultaron

el aprendizaje en un primer momento pero fue efectivo en cuanto la paciente aprendió a manejar diferentes volúmenes respiratorios. Se descartó el Ciclo Activo Respiratorio (CAR) como técnica de drenaje bronquial dado que la paciente no toleraba el contacto manual sobre la zona torácica afectada para aplicar expansiones costales. Tampoco usamos técnicas instrumentales puesto que las quemaduras afectaban también a los labios y el contacto no era posible.

Tras la intervención quirúrgica, en el postoperatorio inmediato la paciente se encontraba sedada con intubación orotraqueal para ventilación mecánica invasiva (VMI) con volumen controlado. En este momento, el tratamiento de fisioterapia se orienta a movilización pasiva de las articulaciones no injertadas y posicionamiento en capacidad cutánea máxima. Al disminuir la sedación comienza el trabajo de destete encaminado a la extubación. Se ajustan los parámetros de la VMI en presión soporte para permitir a la paciente trabajo activo durante nuestro tiempo de tratamiento, disminuyendo progresivamente la asistencia por parte del ventilador. Una vez terminada la sesión se deja de nuevo la VMI con volumen controlado.

Tres días después de la intervención se confirma que los injertos han prendido y se añade al tratamiento la movilización de las articulaciones afectadas. En los miembros inferiores incrementamos progresivamente la resistencia en los ejercicios de modo que al iniciar la bipedestación y la marcha la paciente no tuvo problema. Se adiestra también en la realización de las transferencias que ejecuta con facilidad. No fue necesario hacer ejercicios de equilibrio. A los treinta y siete días de ingreso fue dada de alta hospitalaria. El balance articular de las manos era completo al final del tratamiento, no así el balance muscular, limitado por dolor, que era 4+/5 para los flexores de los dedos, 4/5 para los extensores. Las articulaciones de los codos y los hombros no estaban afectadas por lo que fuerza y la movilidad estaban conservadas. La paciente era autónoma para las actividades básicas de la vida diaria.

Más información en:

Casillas-Chavarin NL, Alvarado-Castillo B, Ramirez-Padilla MA, et al. Prevalencia de queratitis por exposición en pacientes en estado crítico. Rev Mex Oftalmol. 2017; 91: 62-6.

Cuadra A, Piñeros JL y Roa R. Quemaduras faciales: manejo inicial y tratamiento. Rev Med Clin Condes. 2010; 21: 41-5.