

REVISTA MEXICANA DE FISIOTERAPIA AÑO 2. NÚM. 4

FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE QUEMADO

LTF. Luis Alfonso Barrera Hurtado¹
Contacto: labhurtado8124@gmail.com

(1) Licenciado en Terapia Física, Escuela Superior de Rehabilitación. Fisioterapeuta en Instituto Nacional de Rehabilitación.

Palabras clave: Fisioterapia, paciente quemado.

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos (fuego, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica), químicos (cáusticos) y biológicos, que determinan el tipo de lesión y la gravedad de sus repercusiones, de acuerdo a la magnitud de la energía y la duración de la exposición a ellas. El paciente crítico ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con frecuencia por su estado de salud o por intervenciones requeridas, encuentra reducida su movilidad, siendo esta, junto con la falta de condición física, factores de riesgo para la neuromiopatía del paciente crítico. La actividad física en el paciente crítico basada en las distintas técnicas de movilización pueden producir efectos fisiológicos agudos que mejoran la ventilación mecánica, la perfusión central y periférica, la circulación, el metabolismo celular y el estado mental.

Fases en la rehabilitación

La rehabilitación del paciente quemado debe ser precoz, progresiva e ininterrumpida a lo largo de toda la evolución del progreso. A nivel teórico orientativo podemos dividir esta evolución en tres fases: aguda, subaguda y crónica.



Imagen 1.- Inicio de entrenamiento de bipedestación y marcha en

Etapa aguda

La fase aguda engloba el periodo desde la producción de la quemadura hasta el momento que la lesión epiteliza; o en caso de ser susceptible de intervención quirúrgica, los injertos se han integrado y toda la superficie del paciente ha quedado cubierta.

Evidentemente, esta fase podrá prolongarse en mayor o menor medida dependiendo de la severidad de las quemaduras, las comorbilidades y edad del

paciente, y de las complicaciones que puedan surgir, entre otros factores. El objetivo principal del tratamiento rehabilitador durante esta fase es evitar rigidez articular. Los objetivos secundarios se encuentran el mantenimiento de trofismo muscular y la mejora, en caso de que sea necesario, de las condiciones cardiorrespiratorias del paciente.

Las intervenciones en esta fase son las siguientes: tratamiento postural, movilización pasiva y activa asistida precoz de segmentos comprometidos, cinesiterapia para mantener el trofismo muscular, movilizaciones en quirófano bajo anestesia general o durante curaciones con sedación y fisioterapia respiratoria. Uno de los aspectos clave durante esta fase es obtener un control óptimo y ajustado del dolor para facilitar el cumplimiento de las pautas posturales y ejercicios tanto pasivos como activos. Un control inadecuado de los estadios precoces puede conducir a un rechazo por su parte y dificultar en gran medida su implicación en la rehabilitación tanto a corto como largo plazo.

Etapa subaguda

La fase subaguda incluye el periodo de tiempo que sigue a la consecución de la cobertura final de la superficie corporal del paciente, con epitelización de lesiones y asentamientos de injertos; incluyendo los dos meses siguientes. El objetivo principal en esta fase es conseguir el mayor rango de movilidad posible de las articulaciones comprometidas y el reacondicionamiento físico como objetivo secundario. Para ello se recurrirá a: terapia postural con férulas pasivas y activas progresivas; mecanoterapia con movilizaciones pasivas y activas con mayor intensidad; masoterapia; estiramientos; potenciación muscular; reeducación de la bipedestación y la marcha; y terapia ocupacional para reeducar las actividades de la vida diaria. En esta fase tiene lugar el inicio del manejo de las cicatrices; colocándose el vendaje de compresión Coban desde el momento de integración de los injertos, tomándose además las medidas para las prendas de presoterapia.

Etapa crónica

Esta fase se extiende desde los dos meses tras la obtención de la cobertura definitiva de la superficie corporal del paciente en adelante. En ella el paciente puede tener que verse sometido a nuevas intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de secuelas por lo que en ocasiones el proceso de rehabilitación puede verse interrumpido. A este respecto, resulta imprescindible la coordinación entre el cirujano plástico y el médico rehabilitador para el establecimiento de los objetivos durante cada periodo dentro de la fase crónica. Las medidas que se aplicarán en este periodo continuarán centradas en la recuperación del máximo rango de movilidad articular, la progresión del reacondicionamiento físico, la incorporación del enfermo a las actividades de la vida diaria y a la prevención y el tratamiento de la cicatrización anómala.

El prurito en el paciente quemado

El prurito ha sido definido reiteradamente como una “sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse” (Médico Alemán Samuel Hafenreffer). La sensación pruriginosa, es una experiencia de calidad e intensidad variable, generada por una red de circuitos neurogénicos, periféricos y centrales, con un fuerte componente subjetivo, afectivo y emocional, en la percepción individual. Twycross diferencia cinco tipos de prurito: el cutáneo o pruritoceptivo, neurogénico, el neuropático, psicogénico y el mixto. Los factores que se relacionan con la presencia de prurito persistente son: 1) la extensión de la quemadura (quemaduras mayores del 40% de superficie corporal), 2) el tiempo de curación de la quemadura (superior a tres semanas), 3) localización de la quemadura, 4) sexo del paciente (femenino), 5) antecedente de una o más intervenciones quirúrgicas, 6) personalidad del paciente o capacidad de resolución de problemas, 7) presencia de patologías psiquiátricas (estrés postraumático, depresión).



Imagen 2.- Injerto mallado e injertos lisos en proceso de

Cicatriz

Se define como tejido fibroso que reemplaza los tejidos normales destruidos por la lesión o la enfermedad. En general cuanto más profunda sea la quemadura, mayor es el riesgo de desarrollo de cicatrices hipertróficas. La cicatrización de las lesiones por quemadura se relaciona a nivel histopatológico con una fibrosis dérmica condicionada por un incremento del depósito del colágeno tipo I y III. El prurito, el dolor y la tensión en la cicatriz estimulan esta formación de colágeno a través de vías de señalización mediadas por inflamación neurogénica, mecanotransducción y citoquinas secretadas por células madre derivadas del tejido adiposo.

Referencias

1. Torres V, Camacho FM, Mihm MC, Sober AJ, y Sánchez I. Dermatología práctica ibero-latinoamericana. España: Imprelibros; 2005.
2. Salmerón-González E, García-Vilariño E, Ruiz-Cases A, García-Sánchez JM, Llinás-Porte A, Esteban-Vico JR, et al. Recomendaciones de rehabilitación en el paciente quemado: revisión de literatura. Rev Bras Queimaduras; 2017;16(2):117-129