

J. L. Jiménez¹
M. T. Hermana¹
J. Latorre¹
M. T. Serrada¹
E. Aldama¹
J. M. Béjar Abajas²
C. Jul Vázquez²
F. J. Gabilondo²
J. L. Figuerido-Poulain³

1 Departamento de Pediatría

2 Servicio de Cirugía Plástica y Grandes quemados
Hospital de Cruces (Baracaldo)

3 Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol (Álava)

Correspondencia:

J. L. Jiménez Hernández
Amesti 17-2º-izda
48990 Algorta (Bizkaia)

Los niños gravemente quemados
y su rehabilitación psicosocial

*Burns in children and their
psychosocial rehabilitation*

RESUMEN

La bibliografía acerca de las quemaduras en la infancia establece claramente la relación que hay entre el ajuste previo de la familia y la rehabilitación psicosocial posterior. El presente estudio refiere nuestra experiencia en 14 casos de niños gravemente quemados, consultados durante su ingreso en la Unidad de Grandes Quemados, (cinco casos), o transcurrido un intervalo de tiempo superior a un mes (nueve casos).

Se estimó que el grado de salud mental previo, -tanto del paciente como de sus padres-, se correlacionaba con una buena rehabilitación emocional post-quemaduras. Los autores hacen hincapié en la importancia de establecer un programa de trabajo asistencial multidisciplinario para un mejor pronóstico de los pacientes pediátricos gravemente quemados.

PALABRAS CLAVE

Grandes quemados; Pediatría; Cirugía plástica;
Rehabilitación psicosocial.

ABSTRACT

Preinjury mental health is said to be a major predictive factor in the rehabilitation progress of burn patients. The literature regarding children's burn injuries clearly documents the relationship between the previous adjustment of the family and the psychosocial rehabilitation after burns in childhood.

This study shows the rehabilitation progress of 14 major burn pediatric patients. The results indicate the importance of defining outcome with a multidisciplinary approach in pediatric burn patients.

KEY WORDS

Pediatric burns; Plastic surgery; Psychosocial rehabilitation.

J. L. Jiménez
 M. T. Hermana
 J. Latorre
 M. T. Serrada
 E. Aldama
 J. M. Béjar Abajas
 C. Jul Vázquez
 F. J. Gabilondo
 J. L. Figuerido-Poulain

132 INTRODUCCIÓN

De entre los diversos tipos de accidentes infantiles, las quemaduras parecen ser particularmente estresantes^(1,2).

El Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Cruces atiende al año 200 ingresos en su Unidad de Grandes Quemados. Aproximadamente, el 25% de ellos (50 casos) son menores de 15 años. La mayoría tienen menos de tres años de edad, con quemaduras no muy extensas (menos del 20% de la superficie corporal), siendo su mecanismo de producción más frecuente la escaldadura⁽³⁾.

Muchos de los métodos usados en el tratamiento del niño quemado son extrapolados de la experiencia con adultos. No obstante, los niños requieren una atención especial en lo referente al manejo de líquidos y electrolitos, la rehabilitación, y los cuidados psicosociales⁽⁴⁾.

Las características peculiares de este grupo pediátrico de pacientes así como las consecuencias psicosociales a corto y a largo plazo de las quemaduras, han determinado la realización del presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en nuestras consultas de psiquiatría infantil. La característica común buscada era la presencia de quemaduras graves (que requirieran ingreso), tanto en el motivo de consulta como entre los antecedentes personales del paciente.

En total, 14 casos (N=14) tenían esta característica. De ellos, 11 eran varones (78,6%), y tres mujeres (21,4%). La edad media de la muestra era 8,9 años (DE=3,0). En el momento de la consulta psiquiátrica, la distribución por grupos de edad era: pre-escolares, tres (21,4%), escolares, diez (71,4%) y adolescentes, uno (7,2%).

Sin embargo, al producirse las quemaduras, las edades eran distintas, por lo que la distribución quedaría así: lactantes, tres pacientes (21,4%), pre-escolares, tres casos (21,4%), escolares, ocho casos (57,2%) y adolescentes, ninguno.

La relación entre edad y extensión de las quemaduras se muestra en la figura 1, junto al intervalo de tiempo entre las lesiones y el momento de producirse la consulta psiquiátrica (Fig. 2).

Para el diagnóstico psicosocial, hemos utilizado la ICD-9-CM (código de enfermedades de la O.M.S., mo-

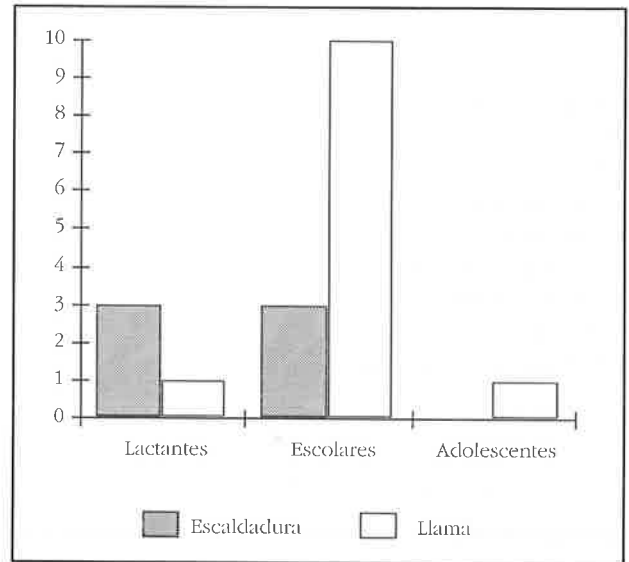


Figura 1. Distribución de los 14 casos en tres grupos de edad por un lado y en quemaduras de extensión mayor o menor del 20% de la superficie corporal.

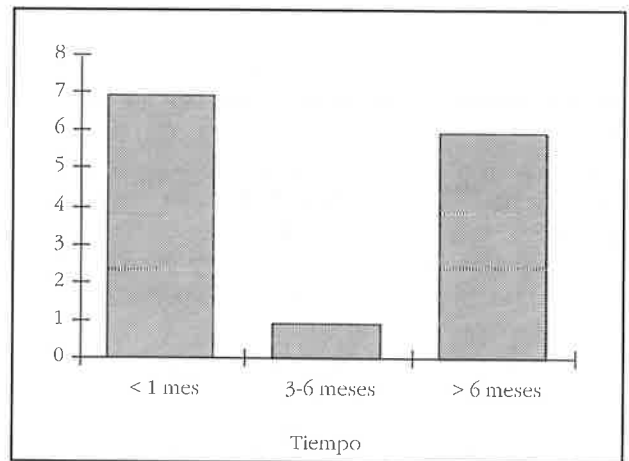


Figura 2. Distribución del grupo total de pacientes según el tiempo transcurrido desde las lesiones a la consulta psiquiátrica (agudos: menos de 1 mes; crónicos: más de 6 meses).

dificado por la Asociación Americana de Hospitales)⁽⁵⁾. Los diversos diagnósticos psiquiátricos están reflejados en la tabla 1.

Dentro del código de la ICD-9, los grupos 940-949 corresponden a las quemaduras y, -mediante dígitos-, se añaden al diagnóstico principal la localización, me-

Tabla 1 Diagnóstico psiquiátrico de los 14 casos estudiados

<i>Diagnóstico psiquiátrico (ICD-9-CM)</i>	
Trastornos por estrés postraumático (309.89)	8 casos (57,1%)
Trastornos de conducta (312.00)	5 casos (35,7%)
Ansiedad de separación (309.21)	1 caso (7,2%)
Total: 14 pacientes	

canismo de producción, profundidad y extensión de las mismas⁽³⁾. Los grupos 290-309 se dedican a los Trastornos Mentales.

Con estos datos (Plásticos y Psiquiátricos), hemos extraído una serie de parámetros: edad, sexo, extensión corporal de la quemadura, localización de la misma, mecanismo causal, complicaciones psicosociales añadidas, y evolución posterior (tanto física como emocional). Los resultados de su análisis estadístico se exponen a continuación.

RESULTADOS

Entre los diversos accidentes, las quemaduras son de lo más estresante para los niños víctimas de las mismas⁽⁶⁾. El grupo que hemos estudiado (N=14) tenía una media de edad de 8,9 años, etapa de lactancia, en la que el niño tiene que abandonar su querido mundo imaginativo para convertirse en un ser razonable⁽⁷⁾.

Uno de los temas en los que se hace mayor hincapié en la bibliografía⁽⁸⁾ es la propensión a los accidentes que tienen los niños quemados. Las características de estos pacientes ("accident-proneness") se definen como impulsividad y gran inquietud. De los 14 casos que componen la muestra, ocho (57,1%) tenían conductas arriesgadas antes de las lesiones. Todos eran varones.

Otros autores atribuyen el aumento en la frecuencia de accidentes infantiles a una pobre supervisión parental⁽⁹⁾. En tres casos de la muestra (21,4%), se apreciaba un desajuste social suficiente como para impedir una supervisión familiar adecuada.

Los motivos de consulta psiquiátrica eran diferentes para cada caso. Los médicos sospechaban que los problemas eran sobre todo conductuales (seis casos: 42,8%); mientras que los temores de los padres se dirigían preferentemente hacia las dificultades emocionales secundarias a las quemaduras (ocho casos: 57,1%).

El diagnóstico psiquiátrico más frecuente resultó ser las Reacciones Agudas ante el Estrés que suponen las quemaduras y su tratamiento (ICD-9: 309.89); ocho casos (57,1%). En segundo lugar, estaban los Trastornos de Conducta (ICD-9: 312.00); cinco pacientes (35,7%). La paciente restante, de cuatro años de edad, padecía Trastornos por Ansiedad de Separación (ICD-9: 309.21).

Aunque durante algún tiempo se ha pensado que los niños quemados tenían problemas emocionales antes de las lesiones⁽¹⁰⁾; estudios controlados no han confirmado tal hallazgo⁽¹¹⁾. En nuestra muestra, solamente un varón, que se quemó accidentalmente la cara con ácido sulfúrico, tenía previamente trastornos emocionales.

Tres pacientes tenían un diagnóstico somático asociado: obesidad, retinoblastoma y asma.

Otras variables estudiadas son: desajuste social, que se presentaba en tres casos (21,4%); antecedentes personales médico-quirúrgicos, que consistían en prematuridad (tres casos); otros accidentes (atropellos y fracturas diversas, T.C.E.S., caídas accidentales e ingesta de cáusticos, entre otros ejemplos) ocurridos a los mismos niños que antes calificábamos como "accident proneness", y tratamientos por obesidad y por asma. En un último paciente se identificó un retinoblastoma poco después de las lesiones.

En cinco casos (35,7%) la familia había consultado previamente a algún psiquiatra por otros miembros familiares. Los motivos de consulta fueron: dislexia, retraso mental y disfunción cerebral mínima en alguno de los hermanos del paciente, depresión en una de las madres, y utilismo crónico en uno de los padres.

Dos familias tenían antecedentes de consultas médicas por: toxoplasmosis en uno de los hermanos, por epilepsia parcial benigna en otro hermano, y por cáncer materno en el segundo caso.

El lugar y el tamaño de la fratria son dos variables clave para entender posibles problemas de supervisión parental. En el grupo estudiado, la mayoría de los pacientes eran los benjamines de una familia compuesta por dos hijos (siete casos: 50%). No parece que existieran, pues, dichos problemas en ningún caso.

La extensión de las quemaduras oscilaba desde el 10% al 80% de la superficie corporal, siendo las que afectaban al rostro las más complicadas de rehabilitar. La edad en que se produjeron las lesiones es un factor de capital importancia para comprender los mecanismos comportamentales que llevan a la adaptación del paciente a las mismas.

134 DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios realizados al respecto coinciden en afirmar un aumento de los problemas emocionales como secuela de las quemaduras graves en la infancia⁽⁶⁾. No tenemos la certeza de que estas alteraciones comportamentales sean mayores que las presentadas por niños sometidos a cualquier otra cirugía. No obstante, hay muchas razones para pensar que sea así. Las fuentes de estrés físico y psicológico son enormes en los niños quemados: hospitalizaciones, frecuentes y prolongadas, un gran esfuerzo de rehabilitación, complicaciones médicas que amenazan la propia supervivencia, dolor terebrante, la angustia que supone el constante temor a contraer infecciones, pérdida funcional de partes corporales, obligada y larga separación de la familia y de los amigos y por último, la posibilidad de quedar desfigurado tras las quemaduras.

Como se ve en la figura 1, a cada mecanismo de producción de las lesiones, correspondía preferentemente un determinado grupo de edad. Así, la edad media de las escaldaduras era de tres años, mientras que la edad media de las quemaduras por llama era de ocho años. Según el Dr. Béjar y sus colegas⁽³⁾, existe una correlación significativa entre la edad, la extensión de la quemadura, el número de intervenciones quirúrgicas requeridas y el tiempo de estancia hospitalaria⁽³⁾. En definitiva, a mayor edad del niño, la quemadura genera una mayor morbilidad. Estimativamente, nuestros datos son similares.

En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría definió los Trastornos por Estrés Postraumático⁽¹²⁾, que han sido estudiados entre pacientes pediátricos supervivientes a catástrofes o desastres personales⁽¹³⁾, y que equivalen a las Reacciones ante Gran Tensión de la ICD-9-CM⁽⁵⁾. En la muestra, ocho pacientes (57,1%) presentaban tal síndrome. Las quemaduras son tan estresantes como para producir esta enfermedad emocional como secuela⁽¹⁴⁾.

Una segunda categoría son los trastornos de conducta; cinco varones (35,7%) reunían los criterios necesarios para ser diagnosticados así.

En resumen, los mayores esfuerzos de investigación de los procesos psicológicos que operan en las quemaduras, hacen hincapié en tres apartados: *Diagnóstico psiquiátrico previo a las quemaduras*. Uno de nuestros pacientes estaba considerado como "niño hiperquinético" antes del ingreso en la Unidad de Quemados; *Complicaciones neuropsiquiátricas du-*

rante el período inicial de hospitalización. Dos casos padecían en el momento de la interconsulta psiquiátrica un Síndrome Confusional Agudo. Otro, presentaba Ansiedad de Separación y un cuarto, padecía fobias a la venopunción aparte de otros síntomas ansiosos inespecíficos; *Secuelas psicológicas al año de las quemaduras*. Los trastornos comportamentales y las "Neurosis Traumáticas" formarían parte de este tercer grupo.

Las secuelas pediátricas a corto plazo descritas ampliamente en la literatura, son: conductas regresivas, miedos y fobias, trastornos del sueño, extrema dependencia a los padres, rechazo a volver al colegio y aislamiento. Estas conductas son más frecuentes e intensas, cuanto más joven sea el niño.

La reacción familiar al suceso traumático, suele ser de gran culpabilidad, acentuada sobre todo en la madre, con frecuentes depresiones "enmascaradas"⁽¹⁵⁾.

La imagen corporal es un componente del concepto personal, formado a través de experiencias sensoriales y sociales, siendo la reacción cultural de vital importancia para determinar la vivencia corporal de cada sujeto⁽¹⁶⁾. Se ha demostrado que las desfiguraciones de cualquier tipo se acompañan con mucha frecuencia de alteraciones en la imagen corporal e incluso, de cambios en las interacciones sociales. Las quemaduras no son una excepción al respecto, produciendo un impacto negativo sobre el auto-concepto de la víctima⁽¹⁷⁾.

El tanto por ciento de la superficie corporal quemada no ha mostrado relación con alteraciones de la imagen corporal, al contrario del lugar afecto, siendo la cara la zona más devaluada del concepto personal. Como todo el mundo puede imaginar, esta desvalorización se asocia a depresión y a ansiedad⁽¹⁸⁾.

Otro de los temas relacionados con un mal pronóstico es la falta de conexión familiar y la ausencia de un soporte social adecuado⁽¹⁹⁾.

Para concluir este apartado, debemos saber que la estética personal está muy relacionada con la afectividad, de tal manera que los niños que se consideran "niños feos" lo hacen en base a no sentirse suficientemente queridos⁽⁷⁾.

Por último, hacemos hincapié en la importancia de prevenir las quemaduras en la infancia. Esta profilaxis es labor de todos los agentes primarios de salud. Se trataría de identificar y de proteger a los niños con las conductas de impulsividad e hiperactividad de los "accident pronones"; y de enseñar, incluso en los mismos colegios, las consecuencias de las quemaduras y cómo prevenir las.

CONCLUSIONES

- El grado de salud mental previo (tanto del paciente como de sus padres), se correlaciona con una buena rehabilitación psicosocial.

- Un programa multidisciplinario puede conseguir una recuperación más completa y menos psicotraumática. Este mismo programa, extendido a los agentes primarios de salud, puede contribuir a la prevención de accidentes que originan lesiones por quemaduras en la infancia.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro reconocimiento a los padres y familiares de los pacientes, por su incansable dedicación a sus hijos gravemente quemados; así como al personal de enfermería de la Unidad de Quemados del Hospital de Cruces, sin cuya colaboración no se habría podido realizar el presente trabajo.

135

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Travis G. *Chronic illness in children; its impact on child and family*. Stanford: Stanford University Press, 1976:287.
- 2 Herrin JT, Antoon AY. Medical care strategies in burn care; a pediatric perspective. En: Bernstein NR, Robson MC, eds. *Comprehensive approaches to the burned person*. Hyde-Park: Medical Examination Publishing, 1983.
- 3 Béjar JM, Jul C, Alonso F, Gabilondo FJ. Epidemiología de las quemaduras infantiles. *Gaceta Médica de Bilbao* 1989;**86**:53-60.
- 4 Cariajal F, Parks DH. *Burns in children; Pediatric burn management*. Chicago, Ill: Year Book Medical Publishers, 1987.
- 5 Commission Professional and Hospital activities of USA. *International Classification of Diseases, 9th. Revision, Clinical Modified. ICD-9-CM*. Ann Arbor, Michigan: Edwards Brothers inc., 1980.
- 6 Garmezy N, Rutter M. Children as burn victims. En: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry, modern approaches*, 2nd ed. Edinburgh: Blackwell Scientific Publication, 1985:164-165.
- 7 Cobo Médina C. *Paidopsiquiatría Dinámica I*. Madrid: Servicio Científico "Roche", 1983.
- 8 Manheimer DI, Mellinger GD. Personality characteristics of the child accident repeater. *Child Dev* 1967;**8**:491-513.
- 9 Knudson-Cooper MS, Leuchtag AK. The stress of a family move as a precipitating factor in children's burn accidents. *J Human Stress* 1982;**8**:32-38.
- 10 Woodward JM. Emotional disturbances of burned children. *Br Med J* 1959;**5128**:1009-1013.
- 11 Wright L, Fulwiler R. Long range emotional sequelae of burns effects on children and their mothers. *Pediatr Res* 1974;**8**:931-934.
- 12 American Psychiatric Association task force on nomenclature and statistics. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3^a ed, Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- 13 Jiménez JL, Barrón E, Moreno JI, García Vázquez N. El síndrome de estrés postraumático en la infancia. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1989;**17**:313-318.
- 14 Courtemanche DJ, Robinow O. Recognition and treatment of the Post-Traumatic Stress Disorder in the burn victim. *J Burn Care Rehabil* 1989;**10**:247-250.
- 15 López-Ibor jr JJ. Diagnosis and treatment of masked depression. En: Lader M, Davies H, eds. *Drug treatment of neurotic disorders*. New York: Churchill Livingstone, 1985:102-111.
- 16 Kolb LC. Disturbances of body-image. En: Arieti S, ed. *American Handbook of Psychiatry* New York: Basic Books, 1959:749-769.
- 17 Galdston R. The burning and healing of children. *Psychiatry* 1972;**35**:57-66.
- 18 Orr DA, Reznikoff M, Smith GM. Body image, self-esteem, and Depression in burn-injured adolescents and young adults. *J Burn Care Rehabil* 1989;**10**:454-461.
- 19 Love B, Byrne C, Roberts J, Browne G, Brown B. Adult psychosocial adjustment following childhood injury: The effect of disfigurement. *J Burn Care Rehabil* 1987;**8**:280-284.