

## LA REHABILITACION DE LA MANO LESIONADA

**Dra. Paula Victoria Knaibl**

Centro de Cirugía Plástica — M. S. P.

Cirugía Plástica Infantil — Hospital Pereyra Rossell. M. S. P.

Servicio de Cirugía Plástica — Hospital Militar Central. M. D. N.

La mano, ese extraordinario órgano de nuestra vida de relación, ejecutor de la obra humana desde el obrero hasta el artista, es la parte de nuestro organismo que está expuesta a más accidentes.

Los países que han realizado estudios estadísticos están acordados en que el porcentaje de los accidentes de las manos, llega a un 60-65 % del total.

Ya sea que el grueso de la población consista en trabajador del campo o de la industria, el hombre, en toda actividad, expone cada vez más sus manos a los accidentes. Nuestra civilización, a medida que se vuelve más mecanizada, a la vez que exige al hombre mayor habilidad manual, aumenta las probabilidades de accidentes en sus manos.

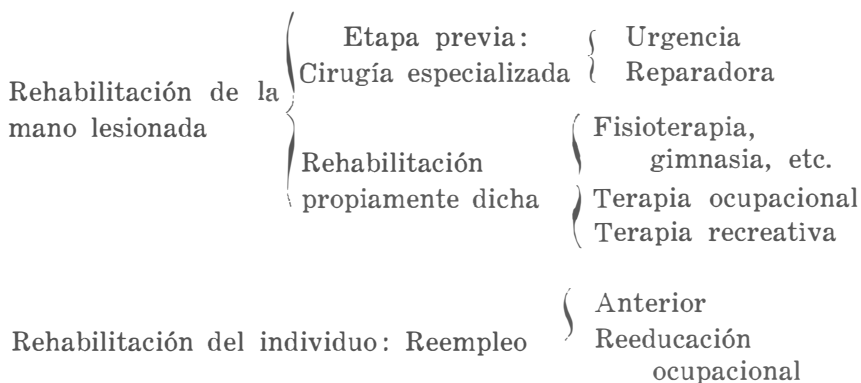
Nuestro país, está recién en el comienzo de esta preocupación, y aunque el Ministerio de Salud Pública no nos puede dar aún cifras exactas, el promedio de accidentados de mano que debe atender el Banco de Seguros del Estado, es de 6.000 casos anuales.

La mano del adulto, que ha pasado un proceso de años de entrenamiento educativo, logrando ser un motor de movimientos complejísimos de infinita variedad, un captador exquisito de sensaciones, una vez lesionada, no basta tratarla quirúrgicamente. El acto operatorio, es una etapa, a veces ínfima, en el plan de tratamiento necesario para restituir en la mano la jerarquía funcional lo más aproximada posible a lo normal.

La cirugía de mano, ya erigida en especialidad aparte en los países más adelantados, y que toma de la cirugía plástica, de la ortopedia y de la neuro-cirugía sus elementos constitutivos, plasmandolos en una disciplina especial, considera de decisiva importancia la etapa post-quirúrgica. A este convencimiento se llega no sólo por experiencia médico-quirúrgica, sino también económica y social. Distinguidos cirujanos de mano, no aceptan realizar ciertas intervenciones si no tienen asegurada la garantía de un tratamiento rehabilitante adecuado. Es más, con cierta frecuencia, aún con todos los medios rehabilitantes más perfeccionados a nuestro alcance, al hacer el balance final de recuperación funcional, es menester recordar que la rehabilitación tiene por finalidad al individuo en su ajuste social y amparados en medios legales que lo faciliten y contemplen, recurrir a la reeducación ocupacional y a la organización del reempleo.

Es de desear que nuestro medio llegue también a esta etapa. La cirugía de mano, cirugía social por excelencia, requiere un

mecanismo legal imprescindible para lograr su finalidad. El Estado tiene la obligación de rehabilitar a un individuo lesionado y proveerlo de todos los recursos necesarios para que vuelva a ser un elemento útil a la Sociedad. Pero el Estado tiene también el derecho de instruir y cambiar de ocupación a un individuo invalidado para su trabajo anterior.



## CIRUGIA ESPECIALIZADA

### Cirugía de urgencia

La rehabilitación de una mano lesionada comienza en realidad en el tratamiento de urgencia. El futuro funcional de esa mano depende en gran parte de la eficacia de esta asistencia que sólo es posible realizar con técnicos y equipo especializados. Para los casos alejados de estas facilidades y que están obligados a ser atendidos por un cirujano general, es conveniente recordar ciertas normas generales:

*Evitar el edema.* — Es difícil, pero se puede reparar un tendón; con delicado virtuosismo se realiza la cirugía de nervios, pero contra el edema persistente, una vez que se organiza y bloquea los delicados movimientos de la mano, poco podemos hacer. La profilaxis del edema se logra obedeciendo ciertas directivas: Posición: En las primeras 48 a 76 horas una mano lesionada u operada debe mantenerse en declive —mano más alta que la cabeza— brazo en extensión cómoda, apoyado sobre almohadas, enfermo en cama. Esta posición facilita el drenaje venoso-linfático. Debe evitarse la tendencia a flexionar antebrazo sobre brazo

que dificulta este drenaje. Las ventajas de la profilaxis del edema justifican la necesidad de internación del enfermo.

**Limpieza quirúrgica de la herida y antibióticos:** Ahorran actualmente las infecciones que mantendrían y agravarían un edema a comienzo puramente reaccional.

*Cierre primario.* — Método ideal y al cual tienden todos los modernos recursos e investigaciones. La multiplicidad de técnicas de la cirugía plástica, ya sea en rotación de colgajos o aplicaciones de injertos libres de piel, soluciona aún los casos más complicados. No se debe exceptuar de esta norma ni las fracturas expuestas ni las quemaduras de manos.

### **Cirugía reparadora**

Cuando la reconstrucción quirúrgica de la mano no pudo ser llevada a cabo “per primam”, es conveniente enviar al paciente a los medios especializados que cuenten con técnicos y elementos adecuados. En estos centros quirúrgicos no se contempla más la curación de una lesión de mano como algo estático, sino que todos los perfeccionamiento están dirigidos hacia la recuperación funcional. Entre las directivas más corrientes queremos destacar:

*Lesiones tendinosas.* — Secciones de tendones, roturas. No puede contentarnos el criterio simplista de lograr sólo la unión de dos cabos. Se presentaría el caso de que una cicatriz tendinosa podría significar lo mismo que una amputación. La recuperación de un tendón lesionado implica la recuperación de su libre excursión. La creación de un espacio deslizante es condición intrínseca para lograr nuestro objetivo, para lo que en primer lugar debemos evitar en la mayor proporción posible la cicatriz, la masa fibrosa anquilosante que fija el tendón a las estructuras vecinas. Debe elegirse un material de sutura que no provoque reacción fibrosa, tántalo o acero inoxidable, de finísimo grosor, sólo lo suficiente para oponer en correcta posición ambos cabos. Si fuera posible aún, usar el método de Bunnell del “pull out” que permite extraer al poco tiempo el hilo utilizado.

*Lesiones óseas.* — Son las lesiones que provocan en mayor escala el edema. Hay que insistir con la posición en alto. La exuberancia de un callo óseo puede obstruir un trayecto tendinoso

y requerir ulteriores liberaciones. Tener siempre presente la posición de función de una mano.

*Amputaciones.* — El tratamiento conservador nos hará multiplicar los recursos. Colgajos de piel para salvar huesos denudados. Si la circulación digital está seriamente comprometida, la novocainización del simpático correspondiente facilitará el aporte. El cierre primario es el mejor tratamiento de toda lesión ósea.

*Lesiones articulares.* — Son las que oponen mayores dificultades para la recuperación de los movimientos. Todo lo que evite las causas de anquilosis: edema, infección, hay que vigilar cuidadosamente. Es necesario aquí también lograr un cierre primario y cuidar al extremo el material de sutura que se utilice en su vecindad.

*Lesiones de nervios.* — La experiencia y conocimientos altamente especializados que requiere el tratamiento de estas lesiones impone el envío precoz del enfermo a estos centros quirúrgicos. No nos cabe aquí detenernos con los delicados detalles de esta cirugía.

*Lesiones de piel.* — Para evitar las cicatrices que limitan la libre excursión de los elementos que cubren, los injertos libres de piel o los colgajos solucionan todo problema. El cierre primario utilizando estos dos recursos logra cada vez mayores éxitos. Pero hay que tomar en cuenta el tipo de piel a elegir en los lugares más exigentes para la recuperación sensitiva. Las yemas de dedos y en general las prominencias palmares comandan otros procedimientos que la indiferente piel dorsal. Es de recordar la utilidad del colgajo cruzado proveniente de cara interna de un dedo para defecto cutáneo de cara palmar del vecino, pues esta piel es la más adecuada para la recuperación sensitiva de esta zona. Los injertos y colgajos a distancia para palma de mano crean un déficit marcado de la sensibilidad.

## REHABILITACION

Para facilitar la desinflamación y recuperar los espacios deslizados, la etapa post-quirúrgica comienza con fisioterapia. El calor, los masajes, la movilización pasiva reactivan la circulación

y el trofismo de los tejidos. Más importante aún es la movilización activa que debe ser llevada bajo dirección cuidadosa para vigilar movimientos compensadores, trics, o excesos, que fatigarían y serían contraproducentes. Estos ejercicios metódicos y precisos, en la generalidad de los casos deben comenzar precozmente. La movilización activa tan útil para la recuperación del movimiento, a pesar de que cumple con un cometido insustituible, tiene sus desventajas al ser prolongada en exceso. La fatiga mental que impone el esfuerzo de voluntad llevado a cabo durante horas todos los días, la necesidad de un técnico vigilante, se resuelven con las facilidades que conceden la terapia ocupacional y recreativa.

Conseguir la movilización activa por medio de un trabajo útil que logre mantener fija la atención mental evitando la monotonía y como consecuencia el abandono del ejercicio, tal es la base de la terapia ocupacional. El convaleciente ejecuta miles de veces los movimientos necesarios, su ánimo se mantiene y acrecienta al comprobar por él mismo sus progresos; en las lesiones de dedos y manos la terapia ocupacional es etapa imprescindible del tratamiento recuperante.

En ciertas condiciones ideales, es posible colocar al paciente en su mismo trabajo habitual con sólo crear algún aditamento mecánico.

El efecto psicológico juega un gran papel, el compañerismo del taller, la utilidad de una tarea, aún el acicate económico, son factores decisivos en este tratamiento. Por eso, no sólo es necesaria una indicación acertada sobre la labor que obligue a realizar los ejercicios más convenientes, sino que hay que tomar en cuenta también los hábitos, preferencias y características personales del paciente.

Esta terapia ocupacional se alterna con la recreativa, ciertos deportes o juegos especiales en las horas de descanso del paciente hacen aún más eficaz el tratamiento. Este último tipo de terapéutica es el único posible en el niño pequeño.

En las suturas de nervios debemos recordar el tiempo que transcurre para que la fibra llegue a la placa motriz. Este es un período de inactividad muscular y de falta de estímulo del simpático y podría suceder que cuando la fibra alcance el lugar

necesario, el músculo ya esté definitivamente atrofiado y perdido. Este es en especial el caso de los frágiles pequeños músculos de la mano, que benefician sobremanera logrando mantener su trofismo con los ejercicios diarios y metódicos por medio del electroestímulo, terapéutica penosa en los grandes músculos de miembro inferior, por ejemplo, pero de gran aplicación en miembro superior.

La recuperación de la sensibilidad significa reeducar las terminaciones nerviosas nuevamente, para lo cual debemos elegir tareas que impongan multiplicidad de contactos finos y diversos, no olvidándonos de la reeducación térmica. Aquí es cuando la terapia ocupacional debe ser más variada y exactamente dirigida, estudiando a períodos standardizados el control de los progresos de la sensibilidad, que comandarán la elección y oportunidad de diversas labores.

La rehabilitación de la mano llegará así a la etapa final: la rehabilitación del individuo. Este puede tener dos alternativas, o ser capaz de ejecutar el mismo trabajo anterior a su lesión, o tener necesidad de cambiar de oficio. En este último caso el paciente no debe ser abandonado a sí mismo, sino que las conveniencias económico-sociales imponen que deba ser organizado y dirigido el reempleo, con la supervisión del aprendizaje previo de la nueva tarea. Y cuando el individuo esté trabajando de nuevo, recién entonces terminará realmente el tratamiento de su lesión de mano.

---

Esta comunicación motivó la felicitación unánime de la Seccional de Cirugía Plástica.

Así como la experiencia de la Dra. P. V. Knaibl en cirugía de mano la llevó a la conclusión de resolver urgentemente el problema de Rehabilitación en nuestro país, todos los asistentes fundamentaron su apoyo entusiasta por tal iniciativa.

A proposición del Dr. M. Goldie y acompañándolo el Dr. H. A. Ardao y demás asistentes, se resolvió llevar a consideración de la Asamblea Final del II Congreso Nacional de Cirugía las conclusiones de este trabajo.

En dicha Asamblea por voto unánime se concretó de elevar una moción a los Poderes Públicos para instarlos a solucionar este problema nacional.