



Diez meses de Terapia Ocupacional en el Hospital de Quemados: de la teoría a la praxis y la gestión

Ten months of Occupational Therapy at the Burn Hospital: from theory to praxis and management

Castro Analia Mariel

Castro Analia Mariel

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes

Ex concurrente, profesional de planta y coordinadora local de la concurrencia en el "Instituto de Rehabilitación Psicofísica" (IREP) de GCBA.

Actualmente Jefa de sección de Terapia Ocupacional en el "Hospital de quemados, cirugía plástica y reparadora Dr. Arturo Umberto Illía" de GCBA.

castro_analiariel@yahoo.com.ar

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad compartir la experiencia del armado del servicio de Terapia Ocupacional (TO) en el "Hospital de Quemados, Cirugía plástica y reparadora Arturo Illia" (HQ) del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teniendo en cuenta que la complejidad de la quemadura y que las secuelas no solo son físicas, sino también comprometen las dimensiones cognitiva, espiritual y social, requiriendo llevar adelante un abordaje integral de TO; centrado en las persona quemadas y sus constelaciones, basado y enfocado en la ocupación.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, quemadura, atención terciaria de salud.

Abstract

The purpose of this paper is to share the experience of setting up the Occupational Therapy (OT) service at the "Arturo Illia Burns, Plastic and Reconstructive Surgery Hospital" (HQ) of the Government of the Autonomous City of Buenos Aires. Taking into account the complexity of burned people and that the consequences are not only physical, but also involve cognitive, spiritual and social dimensions, requiring a comprehensive OT approach; centered on the burned people and their constellations, based and focused on occupation.

Key words: Occupational Therapy, burns, tertiary health care.

Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad compartir la experiencia del armado de la sección de Terapia Ocupacional (TO) en el Hospital de Quemados, Cirugía plástica y reparadora Arturo Illia (HQ) del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El hospital pertenece al tercer nivel de atención, hospitales de derivación primaria especializados (HD1°E) Alta especialización- trauma y rehabilitación; junto con el Instituto de rehabilitación psicofísica (IReP) y Hospital de rehabilitación Manuel Rocca (Augier, 2018).

Acerca de su historia, el 19 de marzo de 1952 abrió sus puertas el Instituto de Quemados en la calle Viamonte 2189 de la Capital Federal, su primer director fue el Dr. Simón Kirschbaum. En la década del 40, el Dr. Kirschbaum atendía en forma voluntaria, en distintos hospitales, a pacientes quemados. Este interés lo llevó hasta la Fundación Eva Perón, con el proyecto de crear una institución que atendiera pacientes quemados, a través de la cual se lo pone en contacto con el Dr. Ramón Carrillo, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación, quien se encontraba realizando el proceso final del Plan Analítico de la Salud Pública iniciado en 1946. De esta manera se incluyó al Instituto del Quemado dentro del Plan sintético de Salud Pública 1952-1958, formando parte de los 141 hospitales y 50 institutos especializados fundados por Carrillo (Canella, 2019, p. 36).

Mientras tanto, en el Hospital Argerich, el Dr. Benaim daba sus primeros pasos en la atención de pacientes quemados. El 28 de diciembre de 1948 el Jefe de Cirugía del hospital Argerich recibió en la guardia a una familia que había sufrido quemaduras, es ahí cuando le dijo al Dr. Benaim: “ocúpese de las quemaduras”. El mismo doctor relata “y así pasaron 60 años ocupándose de lo mismo” (Benaim, 2010).

El cargo de primer director del Instituto Nacional del Quemado, Cirugía plástica y reparadora de 1952 a 1955 lo ocupó el Dr. Simón Kirschbaum, y según relato del Dr. Benaim, “la revolución Libertadora introdujo cambios fundamentales en el país a los que no escapó el instituto” (Benaim, 2010). El Dr. Kirschbaum debió exiliarse en la República de Perú, luego del derrocamiento de Perón. En 1956 asumió la dirección del instituto el Dr. Benaim y en 1967 se trasladó al edificio que ocupaba hasta entonces el Hospital Bosch en la calle Pedro Goyena 369 de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, funcionando allí hasta la actualidad (Benaim, 2010).

Por los avatares políticos, en 1973 el Dr. Benaim, es desplazado y retornó a su puesto el Dr. Simón Kirschbaum, de la mano del regreso del peronismo al poder. Le sucedió el Dr. Juan José Santojani de 1974 hasta abril de 1976, donde la golpista Junta

Militar del proceso de Reorganización Nacional restituye al Dr. Fortunato Benaim (Canella, 2019) hasta el año 1983.

Queda de manifiesto que la historia política del país va de la mano de las decisiones políticas sanitarias en la historia de la atención de la persona quemada.

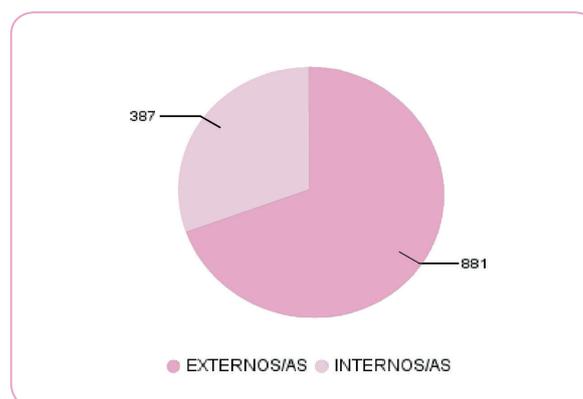
Las autoras Lahoz Sánchez y Marcos Sanz, en su revisión bibliográfica acerca del rol de TO en el tratamiento del paciente quemado, concluyeron que:

Los tratamientos brindados hasta ahora consiguen la supervivencia de los pacientes, pero no su recuperación integral, por lo tanto es necesaria una mayor implementación de programas desde TO, ya que los servicios donde se lleva a cabo un trabajo multidisciplinar, el/la paciente consigue una mayor autonomía e independencia. (Lahoz Sanchez & Marcos Sanz, 2019, p. 76)

Hasta el 15 de marzo del 2021, el HQ no contaba con profesionales terapeutas ocupacionales, a partir de esa fecha concurso de jefatura mediante, empieza a funcionar la sección¹ de TO. Dentro de la estructura hospitalaria, la sección depende del departamento de servicios centrales de diagnóstico y tratamiento. Por el momento no cuenta con personal a cargo, por lo tanto, hay una sola profesional para atender la demanda de la población.

En los gráficos se describe la población atendida en TO desde el inicio de las actividades hasta el 31 de diciembre de 2021 de acuerdo a la base de datos propia (ver gráficos 1, 2, 3, 4, 5).

Gráficos 1. Frecuencia de atención de personas en modalidad internación o ambulatoria



1 La estructura jerárquica hospitalaria del quemados se organiza verticalmente siguiendo este orden: dirección, subdirección médica y subdirección administrativa, departamento, división, unidad y por último sección. Se relaciona con la división de responsabilidades dentro de la organización y la cantidad de personal a cargo, por ejemplo, una sección, que es el nivel más bajo, cuenta con hasta 6 personas a cargo.

Gráfico 2. Distribución por edad

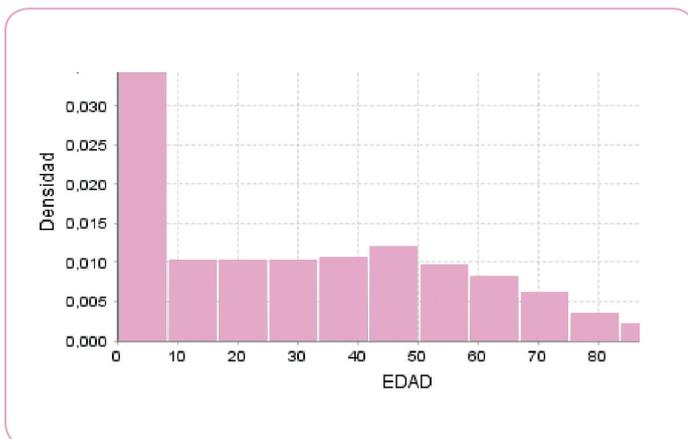
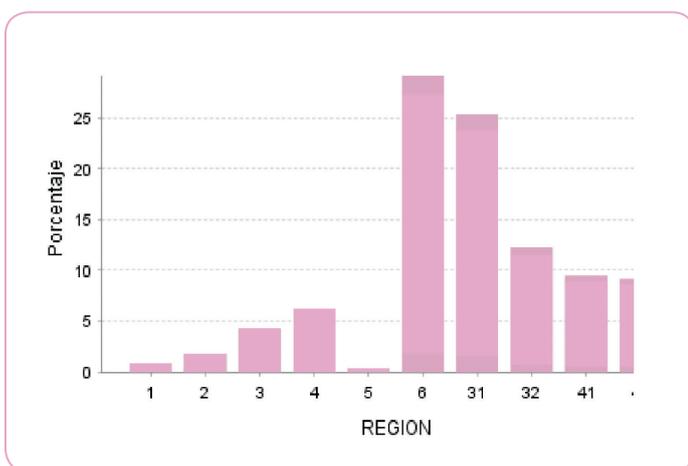
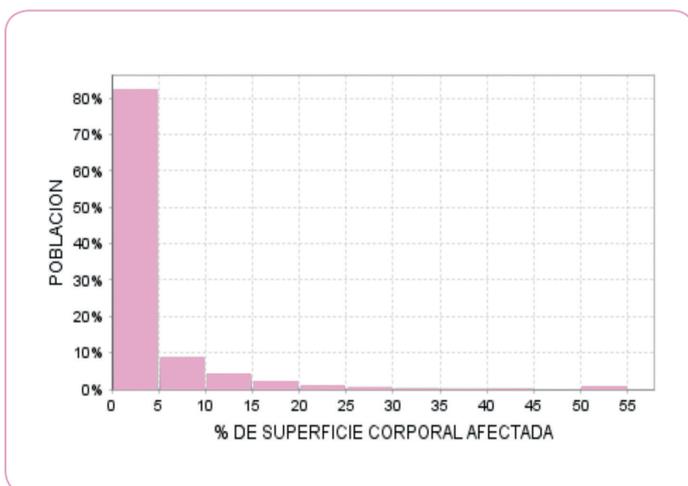
Gráfico 3. Distribución por localización²

Gráfico 4. Porcentaje de superficie corporal afectada



2 1 cabeza y cuello, 2 tronco, 3 ambos miembros superiores, 4 ambos miembros inferiores, 5 genitales, 6 dos o más combinaciones, 31 miembro superior derecho, 32 izquierdo, 41 miembro inferior derecho, 42 izquierdo.

Gráfico 5. Distribución por profundidad de la quemadura³

Al no contar con TO, muchas de las incumbencias propias de la disciplina fueron abarcadas por otras como: kinesiología, psicología, servicio social y enfermería. En el cotidiano se vivencia que algunos profesionales lo sienten como una posible amenaza a su quehacer diario, otros se interesan por lo que TO tiene para ofrecer de nuevo o complementar al tratamiento habitual; sobre todo porque esta propuesta de gestión intenta escapar del modelo médico hegemónico institucional hacia otra lógica del cuidado de la salud a través de la ocupación y sus múltiples dimensiones. Como se menciona en el texto de “Cartografía del trabajo vivo”:

Cada sujeto que se suma a un equipo de trabajo trae una caja de herramientas; las competencias técnicas son una fortaleza. El trabajo vivo es disputado por fuerzas interesadas en este proceso que pelea por instituir hegemonías de conocimiento, de organización, gestión; además está en disputa el saber hacer (Merhy & De Vega, 2006).

La mayor parte de la bibliografía, hace referencia al posicionamiento, férulas, manejo de cicatrices, movilizaciones activas y pasivas; todos los métodos preparatorios para evitar complicaciones secundarias a la quemadura, y que son de suma importancia, ya que el primer objetivo en la rehabilitación de una persona quemada es la movilización temprana, pero son muy pocos artículos que desde TO hablan de la participación ocupacional en sí misma en la atención de la persona quemada; ofreciendo otras posibilidades de abordaje más allá de los marcos teóricos biomédicos de atención.

Varias son las dimensiones a tener en cuenta en la quemadura: una de las primeras barreras para trabajar en la rehabilitación de la persona quemada es el dolor⁴ como una ex-

3 A, AB, B

4 La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor- (IASP) refiere que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial. (2020)

perencia personal en la cual confluyen múltiples factores, que muchas veces subyacen a las causas o el desenlace de la disfunción. Estas causas se presentan tan diversas como agresiones de terceros, situaciones de violencia de género o en la infancia, abusos sexuales seguidos de quemaduras genitales para tapar sus rastros, autoagresiones relacionadas con intentos de suicidio o de personas privadas de la libertad. Además, se presentan personas con trastornos de la salud mental, entre ellos consumo problemático de sustancias o personas añosas con demencias incipientes. Esto nos interpela acerca de la complejidad de la quemadura y sus secuelas no solo físicas, sino también de las dimensiones cognitiva, espiritual y social, requiriendo de un abordaje integral de TO.

Surge así el interrogante de si la quemadura fue la causa de la disfunción ocupacional⁵ (Willcock, 1998) o si existía una disfunción ocupacional previa que deriva en la quemadura.

Desarrollo de la experiencia

La propuesta de intervención en el tratamiento de la persona quemada parte de la premisa que aumentar el sentido de logro y satisfacción en las actividades significativas [...] para la persona quemada [...] a través de la ocupación mejora la calidad de vida (Pellegrini, 2017, pág. 3) y que además, facilita la labor del resto del equipo profesional. La llevada adelante en este tiempo de trabajo estuvo centrada en la persona quemada y su constelación, así como también basada y enfocada en la ocupación; en acuerdo con el modelo del proceso de intervención de terapia ocupacional esto es:

- a) necesidades y deseos referidos, y un nivel esperado de participación en la sociedad según roles de vida
- b) nivel de motivación
- c) comprensión y percepción del problema en relación con el desempeño ocupacional (DO)

Basado en la ocupación porque la singularidad de TO es:

- a) el uso de la ocupación como una fuerza curativa o restaurativa
- b) la visión de que aumentar el desempeño ocupacional es la meta deseada

Enfocado en la ocupación, porque existen 3 focos de intervención:

- a) la compensación por la falta de habilidad ocupacional
- b) la re adquisición, desarrollo, o mantenimiento de habilidades ocupacionales

- c) La restauración, desarrollo, o mantenimiento de los factores de la persona o las funciones corporales. (Fisher, 2009)

Los escenarios donde se desarrollaron las intervenciones de TO, fueron los siguientes:

Consultorio externo: se atienden aquellas personas ambulatorias, cuya primera atención fue por guardia y continúa los controles bajo esta modalidad. El objetivo principal es: organización de rutina diaria de curaciones, actividad progresiva y reposo para evitar complicaciones secundarias que limiten la participación ocupacional. En general la sesión no pasa los 15 minutos de atención y en ella se realiza una escucha activa acerca de las inquietudes de las personas y se ahonda en el contexto⁶ (American Occupational Therapy Association, 2020) tanto en los factores ambientales y personales que pudieron influir en el evento. Primeramente para asesorar y prevenir futuras quemaduras, y segundo, porque este contexto podría influir en la rutina de curaciones que conlleva a la adherencia o no del tratamiento indicado por el personal médico tratante.

En esta misma modalidad de atención y en acuerdo con el jefe de consultorios externos, se abrió un espacio de trabajo para la atención de personas que estuvieron internadas y requieren seguimiento y rehabilitación por TO o derivadas de la especialidad de cirugía plástica y reparadora. Si bien a la fecha se carece de un gran número de derivaciones, se espera en el futuro una mayor repercusión dentro de los profesionales para que realicen las derivaciones correspondientes.

Salas de internación común, de cuidados intermedios y progresivos de personas adultas y pediátricas: la intervención está acotada a horarios aleatorios de acuerdo a las necesidades y predisposición de las personas para la actividad, que depende en mayor parte de los procedimientos quirúrgicos y como se mencionó anteriormente, el momento de dolor. En general se trabaja acordando con enfermería en el caso de tareas de baño, higiene y alimentación; acompañando a la persona quemada y a enfermería en dichas tareas a fin de observar y mejorar el desempeño y la autonomía. Esta modalidad se implementa ya que se ha visto un alto grado de asistencia aunque la persona no lo requiera y solo necesite de modificaciones ambientales, como cambiar la altura de la mesa o cama para alcanzar los objetos. También se ha intervenido realizando vendajes funcionales en manos para permitir la prensión y reducir edema, luego de las curaciones. Siempre se intenta que las personas participen en actividades de ocio y/o lúdicas aunque les cuesta mucho identificarse con activi-

⁶ El contexto se define como los factores personales y ambientales que influyen en la participación. Personales: edad, orientación sexual, antecedentes socioeconómicos, educación, estilo de vida, otras condiciones de salud y estado físico. Ambientales: medio ambiente, productos y tecnologías, costumbres, prácticas ideológicas, etc.

⁵ Experiencia negativa relacionada con la participación en las actividades diarias, e incluye marginación ocupacional, desequilibrio ocupacional, alienación y privación ocupacional.

dades de tiempo libre y no encuentran motivación tampoco durante la internación. Esto no se presenta así en el caso de pediatría, donde los niños rápidamente responden favorablemente a las propuestas de juego. A modo de ejemplo, una niña de 5 años al irse de alta, luego de 3 meses de internación, se despide diciendo “te vas a tener que buscar otra amiga para jugar porque yo ya me voy”, lo cual muestra la efectividad de la ocupación, en este caso el juego, a la hora de plantear los objetivos de tratamiento.

Las actividades son graduadas de acuerdo a la edad, las posibilidades de movimiento que permite la quemadura y la movilidad funcional en cama, así como también los intereses, motivación y otros ítems que surgen de la entrevista inicial y la continuidad de la intervención y el objetivo terapéutico que se persigue.

Unidades de terapia intensiva adultos (UTI) y pediátrica (UTIP): como en la otras salas, pero con más recaudos todavía y en la medida en que las condiciones clínicas y quirúrgicas de la persona lo permitan, se inicia con actividades progresivas de movilidad funcional en cama, actividades sencillas de la vida diaria como alimentación, arreglo personal y comunicación y actividades de tiempo libre que la persona esté motivado a realizar y con los materiales que se permitan introducir a la terapia. En general se trabaja para paliar el síndrome de descondicionamiento físico⁷ (Baigorria, et al., 2021), consecuencia directa de la estancia prolongada en cama e inmovilización. También en cuadros más severos como amputaciones debido a quemaduras, actuando tempranamente en la integración funcional de los miembros afectados a la actividad. Muchas veces la intervención no esta basada en la acción sino en la escucha, con el tiempo necesario para comprender y acompañar, abordando lo invisible de la ocupación, es decir, lo significativo de la ocupación para esa persona que se construyó con el hacer cotidiano y está relacionado con su presente y su pasado, lo cual ayuda a comprender la situación desde de punto de vista de la persona, como sostiene Mariel Pellegrini (2013). Como ejemplo, una adulta internada en UTI estaba muy angustiada porque en el incendio de su vivienda había fallecido su marido. Si bien contaba con tratamiento psicológico y recibía medicación para lograr el descanso, no era suficiente. En las sesiones de TO surgió que era creyente, concurría con frecuencia a la iglesia y rezaba el rosario habitualmente. De ahí surge el objetivo de conseguir un rosario para que pueda rezar en la habitación, según relato de ella le calmaba la angustia, y se hizo el contacto con el cura de la institución también.

7 Se entiende por descondicionamiento a “aquellos cambios fisiológicos múltiples inducidos por la inactividad, pero reversibles por la actividad. La inmovilidad y el reposo en cama prolongado producen una capacidad funcional reducida; en un estadio agudo, esto se da dentro de los primeros días a semanas de internación y es por eso que aparece la importancia de la rehabilitación precoz” (Perez Rizzo, 2006)

Cabe aclarar que el HQ cuenta con una capilla dentro del hospital, un cura y conjunto de voluntarias; además de la asociación cooperadora; ellos se encargan de conseguir ropa, elementos de higiene y otros elementos que las personas necesitan durante la internación.

Consideraciones finales

Iniciar un espacio de TO en un hospital con años de historia y formas de hacer, no es una tarea sencilla pero tampoco imposible. Es una oportunidad para mostrar todo lo que se puede sumar a la atención de la persona quemada, con un abordaje integral donde no sea solo a partir de la restauración de las funciones y estructuras corporales sino también teniendo en cuenta las múltiples dimensiones de la ocupación que afectan el desempeño de una persona quemada. Sabiendo que no hay una única receta para la rehabilitación de la quemadura, no solo tendremos en cuenta la disfunción física que pudiera llevar sino también desde lo social, económico, psíquico y espiritual que ello implica.

Todavía queda mucho trabajo por delante, esta es solo una breve reseña del inicio de gestión: se planea promover el área de docencia para ser rotación dentro de las residencias y concurrencia de TO, realizar trabajos de investigación y en cuanto a la atención repensar los modelos establecidos, generando nuevos espacios dentro de la institución y realizando nuevos aportes a la atención integral de la persona quemada. ●

[Recibido: 27/1/22 - Aprobado: 26/6/23]

Referencias

- Augier S. (2018). *Hospitales 2030*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud, Dirección General de Hospitales.
- Baigorria, C., Bustelo, D., Cafferata, A., Grondona, L., & Itovich, F. (2021). Aportes teóricos para repensar el abordaje de terapia ocupacional en salas de internación de un hospital de agudos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 88-94. doi:ISSN 2469-1143
- Benaim, F. (2010). *60 años dedicados a la medicina del quemado: recuerdos autobiográficos y aportes científicos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Osde.
- Canella, J. À. (2019). *Reinserción social del paciente con secuelas de injuria térmica*. Rosario, Santa Fe, Argentina: Master's thesis.
- Fisher, A. G. (2009). *Modelo del proceso de intervención de terapia ocupacional*. (F. M. Suppich, M. A. Oppenheimer, & P. Perez-Terrer, Trads.) Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press.
- Lahoz Sanchez, M., & Marcos Sanz, C. (2019). Rol del Terapeuta Ocupacional en el tratamiento del paciente quemado. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*.
- Merhy, E. E., & DeVega, L. I. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Pellegrini Spangenberg, M. (2013). El proceso de terapia ocupacional. En Ó. Sánchez Rodríguez, B. Polonia López, & M. Pellegrini

- Spangenberg, *Terapia ocupacional en salud mental: teoría y técnica para la autonomía personal* (págs. 135-154). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Panamericana.
- Pellegrini, M. (2017). Marco teórico y fundamentación del razonamiento en terapia ocupacional. *Terapia ocupacional basada en la ciencia de la ocupación*, 1-22. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Alpha Ocupacional Plus.
- Perez Riffo, M. A. (2006). *Terapia Ocupacional en un hospital general de agudos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Rodriguez, D., & Maximo Bocanegra, N. (30 de noviembre de 2020). Terapia Ocupacional en unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales. Revisión sistemática. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 17(2), 254-266.
- San Juan, L. S. (2016). La función del terapeuta ocupacional en el equipo de rehabilitación del paciente quemado. *Proyecto Lumbre: Revista multidisciplinaria en insuficiencia cutánea aguda*(11), 39-43.
- Willcock, A. A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Canadian journal of Occupational Therapy*, 65(5), 248-256.

Cómo citar este relato de experiencia:

Castro, A.M. (2023). Diez meses de Terapia Ocupacional en el Hospital de Quemados: de la teoría a la praxis y la gestión. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(1), 15-20.