

Intervenciones de Terapia Ocupacional en la atención ambulatoria de la persona adulta quemada

Occupational Therapy interventions in the ambulatory care of the burned adult person

Micaela Belén Antolini | Analía Mariel Castro

Micaela Belén Antolini

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Concurrente de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

micaa.antolini@gmail.com

Analía Mariel Castro

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Ex concurrente, profesional de planta y coordinadora local de la concurrencia en el "Instituto de Rehabilitación Psicosfísica" (IReP) de GCBA. Jefa de sección de Terapia Ocupacional en el "Hospital de quemados, cirugía plástica y reparadora Dr. Arturo Umberto Illia" de GCBA.

castro_analiariel@yahoo.com.ar

Resumen

Independientemente de su gravedad, una quemadura genera impacto en la vida de quien la sufre, afectando habilidades, ocupaciones y patrones de desempeño. De esta manera, la persona puede encontrarse en riesgo ocupacional, no pudiendo cumplir con las exigencias de los roles valorados y esperados para su ciclo vital. Es tarea del terapeuta ocupacional detectar esto e intervenir para evitar disfunciones en el rol en la consulta ambulatoria de la persona quemada. El objetivo de este escrito es dar a conocer la intervención de terapia ocupacional en la consulta ambulatoria de quemaduras en personas adultas entre los 18 y 60 años.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, rehabilitación, quemaduras, rol.

Abstract

Regardless of its severity, a burn impacts the life of the sufferer, affecting abilities, occupations, and performance patterns. In this way, the person may find himself at occupational risk, unable to meet the demands of the roles valued and expected for his life cycle. It is the task of the occupational therapist to detect this and intervene to avoid dysfunctions in the role in the ambulatory consultation of the burned person. The objective of this writing is to publicize the intervention of occupational therapy in the burn outpatient clinic in adults between 18 and 60 years of age.

Key words: Occupational Therapy, rehabilitation, burns, role.

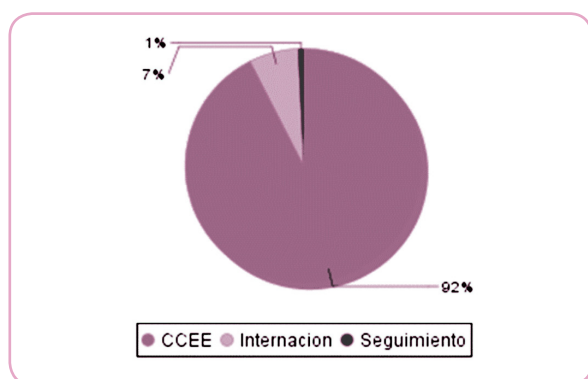
Introducción

Este escrito se conforma como el trabajo de cierre de una rotación de 3° año de la concurrencia de Terapia Ocupacional (en adelante TO) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el Hospital de Quemados Dr. A. U. Illia. Los datos mencionados en este artículo fueron recabados durante dicha experiencia, entre abril y septiembre del 2022.

El recorrido de TO en el hospital tiene un inicio reciente. La apertura del servicio data de marzo del 2021 y, al momento, cuenta solamente con una terapeuta ocupacional de planta; previo a esto, no es posible rastrear ningún profesional que haya ocupado el cargo en la historia de la institución. Por lo tanto, la rotación supone la primera experiencia tanto para el hospital y el servicio de TO como para el sistema de concurrencia y residencia. La misma, de la que el presente escrito es resultado, tiene lugar dentro de este contexto novedoso, en el que la disciplina comienza a dar sus primeros pasos dentro del hospital, habilitando nuevos espacios y dándose a conocer al resto del equipo, definiendo sus roles e incumbencias en la institución.

Las intervenciones de TO en el hospital tienen lugar en tres espacios: consultorios externos, salas de internación y consultas ambulatorias de rehabilitación y seguimiento (ver gráfico 1). El dispositivo en donde se atiende a cada persona depende de la gravedad de su quemadura, la cual está determinada por 3 aspectos que se evalúan cuando ingresa a la institución: profundidad, extensión y localización de su lesión. A partir de ello, se definen los pasos a seguir en el tratamiento.

Gráfico 1. Población total atendida por primera vez en TO según dispositivo de atención.

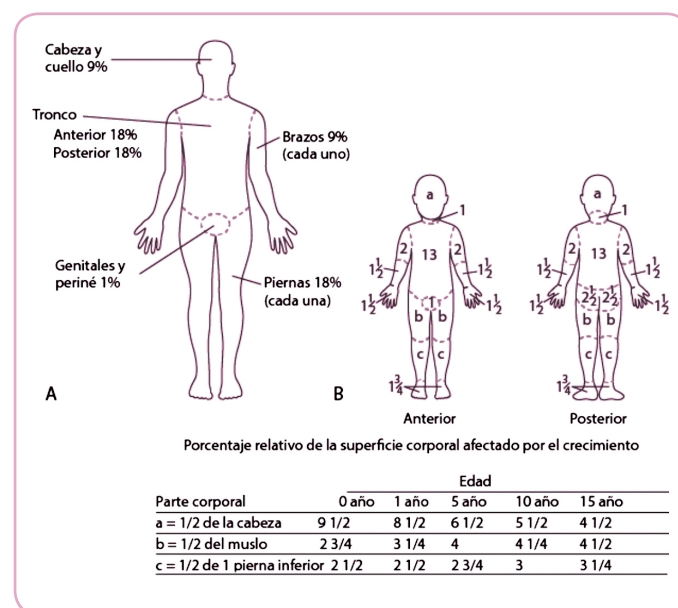


Según su profundidad, las quemaduras se clasifican en A, AB y B (ver tabla 1); también puede darse la combinación de más de un tipo en una misma lesión. La extensión de una quemadura se calcula como porcentaje del área corporal total. La llamada “regla de los nueve” divide las áreas del cuerpo en nueve o múltiplos del mismo (ver imagen 1); para calcular la extensión de áreas pequeñas se puede utilizar la palma de la mano de la persona quemada como equivalente al 1% del área corporal. Respecto a la localización, se consideran quemaduras graves, aunque el riesgo de muerte sea mínimo o inexistente, aquellas que se ubican en zonas estéticas o con funciones especializadas como cara, cuello, axila, manos, pies, genitales y articulaciones del codo, rodilla, muñeca y tobillo.

Tabla 1. Tipos de quemaduras según profundidad y sus características.

	"A (1° grado) eritematosa epidérmica"	"A (2° grado superficial) flictenular espesor parcial superficial"	"AB (2° grado profundo) espesor parcial profundo"	"B (3° grado) espesor total"
Profundidad	Lesiona la epidermis de la piel	Incluye epidermis y dermis papilar (superficial)	La lesión llega a la dermis reticular con profundidad variable	Abarca todo el espesor de la piel. Puede afectar las terminaciones nerviosas.
"Coloración y aspecto"	Rojo o rosado brillante, seca y progresivamente pruriginosa	Rojizo, húmeda y suave con ampollas. Dolorosa	Rojiza moteada, sin ampollas e hipoalérgica	Blanquecina, amarillo pardo, marrón o negro. En niños o ancianos, es de color rosado oscuro o rojo frambuesa
Tratamiento	Sintomático, para paliar el dolor	Limpieza y curación del lecho con cura húmeda	Limpieza y curación del lecho con cura húmeda. Puede requerir internación.	Limpieza y curación del lecho con cura húmeda. Puede requerir de internación.
Tiempo de resolución	1 a 2 semanas	2 semanas aprox.	Más de 3 semanas	4 semanas o más
Secuelas	Sana de manera espontánea, sin dejar cicatriz. Hiperpigmentación temporal	No deja cicatriz	Cicatrización hipertrofica. Puede profundizarse y convertirse en una quemadura de espesor total	Cicatrización hipertrofica. Toda lesión mayor a 1 o 2 cm requiere injerto.

Imagen 1. Cálculo de la extensión de una quemadura según la regla de los nueve en niños y adultos.



La mayoría de la bibliografía disponible sobre quemados se refiere al paciente gran quemado, el cual se define como

“aquel con lesiones inducidas por daño término que justifican, al menos, tres días de tratamiento de cuidados intensivos tras el traumatismo” (Curiel Balsera E. *et al.*, 2006, p.363). El Dr. F. Benaim (1984) divide la gravedad de las quemaduras en cuatro grupos: leves (I), moderadas (II), graves (III) y críticas (IV) y, a partir de ellas, recomienda intervenciones y dispositivos de atención específicos para cada una. Respecto a esta clasificación, el paciente gran quemado se ubica en el grupo IV, debiendo ser atendido en un centro especializado. Pero ¿qué sucede con quienes presentan quemaduras de menor gravedad, sin riesgo de vida? ¿Cómo es el tratamiento y cuál es el impacto que este tipo de lesiones tiene en el desempeño ocupacional (en adelante DO) de la persona? Existe muy poca información disponible referida a esta población de atención ambulatoria, su proceso de curación y evolución, así como el riesgo ocupacional que una quemadura puede generar. De allí el interés por conocer más acerca de ella y el impacto que la lesión genera desde un punto de vista ocupacional, entendiendo que puede afectar roles, rutinas y habilidades de la persona, poniendo en jaque su DO. Por lo tanto el objetivo de este trabajo es describir las intervenciones de Terapia Ocupacional ante el impacto funcional que una quemadura de tratamiento ambulatorio tiene en la rutina diaria de la persona adulta, en relación a los roles esperados para su ciclo vital, con especial interés en el área laboral y actividades instrumentales de la vida diaria como el manejo del hogar y el cuidado de otros.

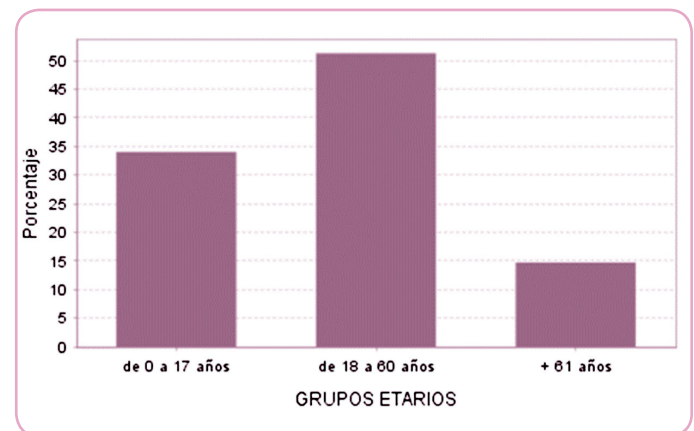
Desarrollo

Toda persona que llega al hospital por primera vez ingresa por la guardia, en donde se abre una historia clínica y, de acuerdo a la gravedad de la quemadura, se define si requiere de una internación. En el caso de que ésta no sea necesaria, la persona continúa tratamiento por consultorios externos (en adelante CCEE) dentro de las 24 a 72 hs siguientes. Los controles posteriores a este primer turno se dan con una frecuencia de entre 7 a 10 días, según la evolución de la lesión.

El dispositivo de CCEE brinda atención de lunes a viernes de 8 a 12 hs, pero TO participa en él sólo los días lunes y viernes. Entre el 1 de abril y el 31 de julio del 2022, se calcula que recibieron atención en CCEE un total de 7006 pacientes aproximadamente (datos brindados por el jefe de enfermería de CCEE). Durante este período, fueron atendidas por TO 481 personas entre 18 y 60 años, constituyendo la mayor parte de la población vista en este dispositivo (ver gráfico 2). Cabe aclarar que los datos reflejados en la Tabla 2 dependen, en muchos casos, de la derivación del personal de enfermería o médico de CCEE, pudiendo estar sesgados por el criterio que estas especialida-

des tienen respecto a las incumbencias y áreas de trabajo de Terapia Ocupacional.

Gráfico 2. Población atendida en CCEE por grupo etario.

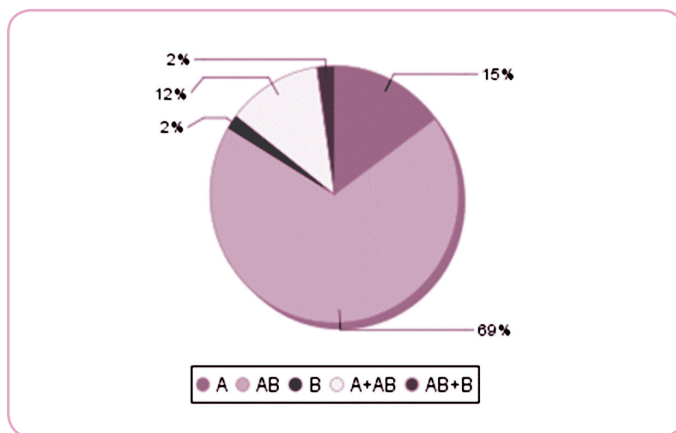


Los datos demográficos utilizados para ilustrar este trabajo pertenecen a la base de datos de la sección de TO, cuyas variables de interés fueron extraídas de las historias clínicas; aquellas que no se encontraban especificadas al momento de la consulta, fueron excluidas de los datos estadísticos que en este escrito se detallan. La población descrita está compuesta por personas que han sufrido quemaduras de gravedad leve o moderada, sin riesgo vital, y cuyo tratamiento se realiza de manera ambulatoria por el dispositivo de CCEE. La mayoría de las quemaduras atendidas fueron de espesor parcial profundo (AB) (ver gráfico 3). La posibilidad de sufrir complicaciones por estas quemaduras depende, en gran medida, de las curaciones y cuidados diarios de la piel que la persona realice en el hogar según indicaciones médicas. El tiempo de resolución de estas quemaduras toma entre 3 y 4 semanas. Suele sugerirse reposo de las actividades fuera del domicilio (educativas, deportivas, de participación social y laborales) hasta la curación total de la lesión, por lo que la persona ve afectada su rutina diaria. Desde una mirada ocupacional, resulta interesante pensar el impacto funcional que las quemaduras tienen en esta población en relación al desempeño fuera del hogar y los roles valorados en esta etapa de la vida.

Las intervenciones de TO en CCEE se adecuaron a la modalidad de trabajo ya existente: consultas breves, de 15 minutos de duración aproximada, y en las que se desconoce si se tendrá una nueva oportunidad de volver a ver al paciente. Los objetivos principales del TO en los pacientes que llegan a consulta por primera vez en este dispositivo serán el manejo temprano del edema, aumentar y/o preservar el rango de movimiento (en adelante ROM), prevenir contracturas y promover la función. Por lo tanto, las intervenciones se orientan al reposo y toma de descansos dentro de la rutina diaria, la elevación del segmento afectado y el movimiento activo para reducir el edema, la movilización precoz y el restablecimiento

en forma progresiva de las actividades cotidianas en el hogar, entre otras.

Gráfico 3. Profundidad de la quemadura en la población atendida.



Al no requerir internación, esta población puede sostener parcialmente sus rutinas ya que continúa realizando las ocupaciones en los contextos naturales con limitaciones, viéndose afectadas mayormente las actividades que realiza fuera del domicilio. Las principales áreas de la ocupación sobre las que se interviene con esta población son las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, actividades educativas, de participación social y laborales.

En CCEE se trabaja desde lo que Fisher (2009) define como ocupaciones restaurativas: aquellas utilizadas para restaurar y/o desarrollar factores de la persona (hábitos, rutinas, valores) y funciones corporales; o para mantener, prevenir o mejorar los mismos en clientes en riesgo de perder las capacidades subyacentes. Se trabaja, así, a través de la reorganización de la rutina y la adaptación o graduación de las ocupaciones, incorporando descansos, delegando tareas, modificando el desempeño o la postura durante las actividades, reduciendo la duración de las mismas, o eliminando tareas que pongan en riesgo el proceso de curación de la quemadura, entre otras. En cuanto a la restauración y mantenimiento de las funciones corporales, se brindan indicaciones acerca del correcto posicionamiento del segmento quemado, en elevación y con vendaje compresivo para evitar el edema, y la conservación de rangos articulares a través de movilizaciones activas, estiramientos y, si fuera necesario, el uso de férulas de reposo.

La localización de la quemadura está directamente relacionada con su impacto funcional en la persona; el DO se verá afectado, en mayor o menor medida, según el área o segmento corporal lesionado. Las lesiones en los miembros suelen implicar una mayor afección en la funcionalidad durante el proceso de curación de la quemadura ya que la persona puede presentar limitaciones en las habilidades motoras como alcanzar, agarrar, manipular, transportar y caminar requiriendo,

en algunos casos, de la asistencia de terceros, lo que implica un aumento de la dependencia y obliga a la persona a reorganizar su rutina y modificar su desempeño a sus capacidades funcionales actuales.

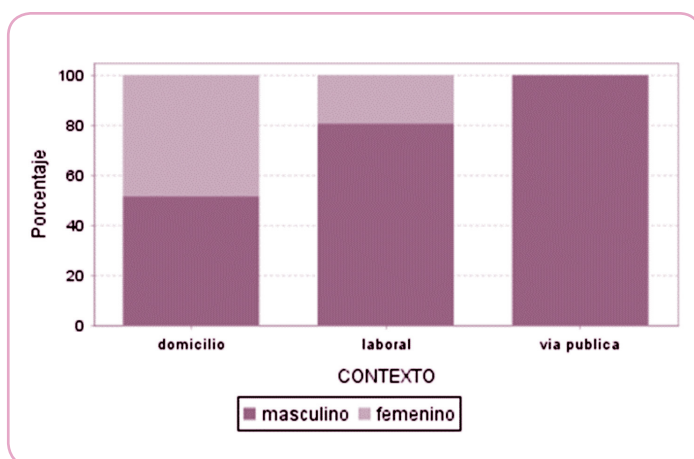
Tabla 2. Tabla de frecuencias por región quemada en orden descendente de personas en edad laboral.

Región	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MSD	59	27,06	27,06
MSI	58	26,61	53,67
MID	31	14,22	67,89
MII	26	11,93	79,82
2 o más combinaciones	22	10,09	89,91
MMSS	11	5,05	94,95
MMII	8	3,67	98,62
TRONCO	2	0,92	99,54
CABEZA Y CUELLO	1	0,46	100
TOTAL	218	100	

La vida y desarrollo de una persona puede dividirse en ciclos vitales de los cuales se esperan diferentes tareas y responsabilidades en base a expectativas sociales y culturales. Esto tiene resonancia directa respecto al valor e importancia que se le da a roles y ocupaciones en los diferentes momentos de la vida. Los roles ocupacionales son definidos por la AOTA (2020) como “un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y el contexto” (p.82). Gary Kielhofner (2004) expone que los roles ocupacionales juegan un papel muy importante en la identidad de las personas ya que la ayudan a definir(se) y son la base de su historia ocupacional. Las expectativas sociales entre los 18 y 60 años, son que la persona conquiste la independencia económica y en el automantenimiento (vida independiente fuera del hogar primario) y forme una familia. Los principales roles en este ciclo vital son: hijo, padre, abuelo, nieto, amigo, colega, cuidador, trabajador y estudiante (Llorens, 1976). Gómez Lillo (2021) define que la organización de las ocupaciones dentro de la rutina diaria constituye lo que se conoce como equilibrio ocupacional, el cual se refiere “al uso del tiempo en las diversas ocupaciones, variando en cantidad, espacio, compromiso, calidad e intensidad, según las

demandas familiares, laborales, educativas y contextuales” (Tenorio, 2020, p.3). El equilibrio ocupacional está directamente relacionado con las tareas y los roles valorados por la persona en cada ciclo vital. En el caso de la población adulta, el área ocupacional preponderante es la laboral, destinando a ésta la mayor parte de su tiempo y organizando el resto de sus ocupaciones en torno a ella. El tiempo que la persona adulta no dedica a actividades laborales, suele estar destinado a actividades del manejo y mantenimiento del hogar (hacer compras, limpieza del hogar, pago de cuentas, etc) y el cuidado de otros (hijos y/o padres). Conocer los roles y ocupaciones más importantes dentro de la rutina diaria de la población colabora para poder comprender el impacto que la quemadura tendrá sobre el desempeño cotidiano y las áreas ocupacionales que podrían verse afectadas. El gráfico 4 expone los contextos en los que se produjo la quemadura, en íntima relación con los roles y ocupaciones que la persona desempeña a diario, con distinción por género. En el caso de las mujeres, se extrae de las historias clínicas y entrevista durante la consulta que las quemaduras ocurren mayormente durante el desempeño de actividades como la preparación y cocción de alimentos, derrame de líquidos calientes e higiene mayor, tareas correspondientes a las áreas de cuidado y mantenimiento del hogar y cuidado de otros. Por otro lado, la mayoría de las quemaduras en los hombres se producen en relación con el desempeño de actividades remuneradas y el rol de trabajador. Esta información, en concordancia con las ocupaciones mencionadas previamente como significativas dentro de este ciclo vital, resulta importante al momento de definir si la persona se encuentra en riesgo ocupacional, entendiendo éste en relación a las limitaciones que la quemadura genera en el desempeño de roles y ocupaciones valoradas.

Gráfico 4. Distinción de la población según género y contexto en donde se produjo la quemadura.



El hecho de que el tratamiento de la quemadura sea ambulatorio no garantiza que ocupaciones y roles se mantengan

intactos. En muchos casos, la lesión provoca que la persona se encuentre en riesgo ocupacional¹, incumpliendo con las exigencias de sus roles valorados, tanto durante el proceso de curación como posterior a éste. Es tarea del TO evaluar si la persona se encuentra en riesgo ocupacional e intervenir sobre ello limitando su impacto en el desempeño y buscando restablecer ocupaciones y rutinas gradualmente. Una de las indicaciones médicas principales durante el proceso de curación de la quemadura de tratamiento ambulatorio es el reposo, el cual implica la suspensión de tareas pesadas y fuera del domicilio. La duración del reposo dependerá de la gravedad de la quemadura y su evolución en el tiempo. Habiendo mencionado la importancia que el área laboral tiene en la adultez y la cantidad de tiempo que esta población dedica a ella en su cotidiano, no resulta ajeno que el reposo sea una de las medidas que más afectará la rutina diaria de la persona, incluso, en ocasiones, más que la propia quemadura y sus implicancias en el desempeño. El gráfico 4 expone que parte de la población se quema en su lugar de trabajo, lo que refuerza la importancia de mantener el reposo de estas tareas durante el período de curación de la quemadura. A causa de esto, gran parte de la población se ve en la necesidad de solicitar una licencia laboral, lo que frecuentemente supone una problemática para la persona, directamente relacionada con las condiciones de empleo, situación laboral y contexto socioeconómico de cada quien. Entran, así, en conflicto, las indicaciones médicas respecto al proceso de curación de la lesión con la realidad de la persona y sus posibilidades concretas de llevar a cabo estas recomendaciones, sin descuidar su salud. Desde TO estos aspectos no pueden dejar de tenerse en cuenta desde un abordaje holístico, buscando estrategias que promuevan un equilibrio entre la gestión de la salud y el mantenimiento de las ocupaciones valoradas. La imitación del gesto laboral y el análisis de las tareas que la persona realiza en su trabajo resultan fundamentales para intervenir sobre este aspecto, buscando la adaptación o graduación de las mismas en concordancia con las indicaciones médicas y cuidados del segmento lesionado.

Conclusión

Independientemente de su gravedad, una quemadura genera impacto en la vida de quien la sufre, afectando habilidades, ocupaciones y patrones de desempeño. Resulta claro que, durante el período que se extienda la curación de la lesión, la población verá afectada su rutina diaria, lo que implica una reorganización y reestructuración de la misma hasta que la quemadura se resuelva. Durante este tiempo, la persona deberá incorporar nuevos hábitos de higiene y cuidado de la piel,

¹ Situaciones que si se sostienen en el tiempo pueden llevar a un desequilibrio, privación o alienación ocupacional, Wilcock, A. (1998). Ann occupational perspective of health. Ed. SLACK. Thorofare, NY. USA.

adaptar y/o graduar las tareas que se vea imposibilitada de hacer producto de la lesión, y reorganizar sus ocupaciones diarias, debiendo suspender algunas de las actividades más valoradas. El desempeño se verá afectado, no sólo en relación a la quemadura, sino también respecto a factores propios del cliente, como la edad, género, contextos de desempeño, roles y rutinas. En las personas entre los 18 y 60 años esto se ve reflejado principalmente en el área laboral, el cuidado de los otros y del hogar, en consonancia con las tareas que se esperan que la persona conquiste durante esta etapa de la vida. Desde una mirada holística, este aspecto no puede dejar de tenerse en cuenta en relación a las expectativas sociales y roles valorados durante la adultez, para poder detectar a las personas que se encuentran en riesgo ocupacional a causa de la quemadura. Es tarea del TO no sólo promover la mejor resolución de la lesión térmica y realizar las modificaciones temporales de las ocupaciones que hagan falta, sino también prevenir la instalación de secuelas que afecten al desempeño a largo plazo y generen disfunciones en los roles más valorados en este ciclo vital. ■

[Recibido 01/04/23- Aprobado 2/12/23]

Referencias

- American Occupational Therapy Association (AOTA) (2020). Marco de trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 4ª edición (Trad. S. C. Centro de Estudiantes 2020 de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Sebastián).
- Curiel Balsera, E., Prieto Palomino, M. A., Fernández Jiménez, S., Fernández Ortega, J. F., Mora Ordoñez, J., & Delgado Amaya, M. (2006). Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado. *Medicina Intensiva*, 30(8), p. 363-639. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800001&lng=es&tlng=es
- Fisher, A. G. (2009). *Modelo del Proceso de Intervención de Terapia Ocupacional* (Trad. M. F. Suppich, M. A. Oppenheimer, P. Terrer-Perez). Colorado, USA: Three Star Press, Inc.
- Gómez-Lillo, S. (2021). Equilibrio y organización de la rutina diaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 22(2), 169-176. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2006.111>
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación*. 3ª edición. Ed. Médica Panamericana.
- Linares, H. A. (1993). Piel normal y piel quemada: clasificación. En A. Bendlin, F. Benaim, & H. Linares, *Tratado de quemaduras* (pp. 119-125). Buenos Aires: Interamericana- McGraw-Hill.
- Llorens L. (1976) Aplicación de la teoría del desarrollo para la salud y la rehabilitación. Asociación Americana de Terapia Ocupacional.
- Ministerio de Salud de Chile (2007). Guía Clínica Gran Quemado [Archivo PDF]. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222d6a-3774f3535e04001011f01482e.pdf>
- Tenorio Rebollero L. (2020). Aportes a la construcción de hábitos y rutinas en las transiciones ocupacionales. [Archivo PDF] <https://wfot.org/assets/resources/equilibrio.ocupacional.tenorio.ccto.pdf>

Cómo citar este relato de experiencia:

Antolini, M., Castro A. M. (2023). Intervenciones de Terapia Ocupacional en la atención ambulatoria de la persona adulta quemada. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(2), 29-34.